



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ**

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας

**Τμήμα:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**Διεξαγωγή – Επιμέλεια :
Μαργαρίτης Αλέξανδρος Ιωαν.**

**Εισηγήτρια – Επόπτρια :
Dr Μπατσολάκη Μαρία**



ΠΑΤΡΑ 2005

Στους γονείς μου, Ιωάννη και
Μάρθα, στα αδέρφια μου
Μαρία-Μαριέτα, Μιχάλη,
Αμίλιας, και τον άνθρωπο της
ζωής μου Χρυσούλα , για την
πολύτιμη βοήθεια και
υποστήριξη όλα αυτά τα
χρόνια.

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ
Ή
ΕΚΤΟΠΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Dr. Μπατσολάκη Μαρία : Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας.

Μαργαρίτης Ιωαν. Αλέξανδρος : Τελειόφοιτος τμ. Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας.
Διεξαγωγή Επιμέλεια Πτυχιακής Εργασίας,

ΠΑΤΡΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
Εισαγωγή	2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

1.1 Ορισμός	3
1.2 Ιστορικό	3
1.3 Συμπτώματα	3
1.4 Επισκόπηση	3
1.5 Ψηλάφηση	3
1.5.1 Κοιλιά	4
1.5.2 Ακρόαση	4
1.6 Εικ. Αληθής έναντι ψευδούς τοκετού	4
1.7 Πιθανά διαγνωστικά σημεία κύησης ..	5
1.8 Βεβαια διαγνωστικά σημεία	5
1.9 Εργαστηριακή διάγνωση	6
1.9.1 Συμπτώματα	6
1.9.2 Παθήσεις	6
1.9.3 Διάρκεια φυσιολογικής εγκυμοσύνης	7
1.9.4 εικ. Νοσηλευτική παρέμβαση	7
1.10 Ιατρικό και γυναικολογικό ιστορικό	8
1.10.1 Προσωπικό ιστορικό	8
1.10.2 Ιατρικό ιστορικό	8
1.10.3 Κοινωνικό ιστορικό	10
1.10.4 Οικογενειακό ιστορικό	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΡΟΣ Α

2 Εντοπίσεις έκτοπης κύησης	10
2.1 Γνωστά αίτια έκτοπης κύησης	12
2.2 Εβδομάδα κύησης κατά την οποία συμβαίνει ρήξη.....	13
2.3 Κλινική εικόνα έκτοπης κύησης	14
2.4 Διάγνωση έκτοπης κύησης	16
2.4.1 Άλλες διαγνωστικές τεχνικές	17
2.4.2 Διαφορική διάγνωση έκτοπης κύησης.....	20
2.5 Θεραπεία έκτοπης κύησης	21

ΜΕΡΟΣ Β

2.6 Σαλπγγική έκτοπη κύηση	23
2.6.1 Συμπτώματα πριν από την ρήξη της σάλπιγγας και σαλπγγική έκτρωση(1 ^ο στάδιο).....	29
2.6.2 Συμπτώματα(2 ^ο στάδιο).....	33
2.6.3 Συμπτώματα.....(3 ^ο στάδιο).....	36
2.7 Σαλπγγική μύλη..	37
2.8 Σαλπγγική έκτρωση.....	41
2.9 Σαλπγγική ρήξη.....	44
2.10 Σαλπγγο-ωθηκική.....	46
2.10.1 Σάλπιγγο-κοιλιακή	46
2.11 Διάμεση.....	46
2.12 Κροσσικοί.....	47
2.13 Ενδοσαλπγγική ρήξη.....	47
2.14 Εξωσαλπγγική ρήξη.....	48
2.15 Συνύπαρξη ενδομήτριας και σαλπγγικής κύησης	50
2.16 Ενδοσυνδεσμική κύηση.....	50
2.16.1 Ενδοσυνδεσμική ρήξη.....	51
2.17 Θεραπεία σαλπγγικής ρήξης.....	52
2.18 Ωθηκική εξωμήτριο κύηση.....	53
2.18.1 Θεραπεία ωθηκικής κύησης.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΡΟΣ Α

3 Κοιλιακή κύηση.....	57
3.1 Κλινική εικόνα κοιλιακής κύησης.....	59
3.1.1 Διάγνωση κοιλιακής κύησης	60
3.1.2 Θεραπεία κοιλιακής κύησης	61
3.2 Ενδοτραχηλική κύηση.....	62
3.2.1 Αντιμετώπιση ενδοτραχηλικής κύησης	63
3.3 Οπισθοπεριτοναϊκή κύηση.....	64
3.4 Σύνθετη και συνδυασμένη κύηση.....	64
3.5 Εκολπωματική κύηση.....	64
3.6 Θυλακική κύηση.....	65
3.7 Τοιχωματική κύηση.....	65
3.8 Γωνιακή κύηση.....	66
3.9 Κερατική κύηση	66

ΜΕΡΟΣ Β

3.10 Μετά από υστεροκομία κύηση.....	68
3.11 Η γονιμότητα μετά από εξωμήτρια κύηση.....	68
3.12 Η εμβρυϊκή απώλεια.....	69
3.13 Η μητρική θνησιμότητα.....	70
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	71

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κύηση και ο τοκετός αποτελούν φυσιολογικές καταστάσεις. Οι επιπλοκές όμως, κατά την διάρκεια της κύησης και του τοκετού, μπορούν να εμφανισθούν αιφνίδια, χωρίς πρόδρομα συμπτώματα και να θέσουν σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου. Τέτοιες επιπλοκές εντοπίζονται και στην περίπτωση της εξωμητρίου κύησης, όπου το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται σε άλλη θέση εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας. Η συχνότητά της είναι 1,4% των κυήσεων. Συχνά είναι απειλητική για την ζωή της εγκύου και ευθύνεται για το 6 - 12 % των θανάτων στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Η συχνότερη εντόπισή της είναι η σάλπιγγα σε ποσοστό μεγαλύτερο από 95%. Άλλες θέσεις εντόπισης είναι τα κέρατα της μήτρας, η ωοθήκη, ο τράχηλος και η περιτοναϊκή κοιλότητα. Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της κύησης, όπως διέγερση του ενδομητρίου, αύξηση του μεγέθους και τάση των μαστών, υπάρχουν όπως και στην ενδομήτρια κύηση. Συνήθως μετά την 5-6η εβδομάδα κύησης, λόγω της μικρής δυνατότητας διάτασης της σάλπιγγας, το έμβρυο πιέζει το τοίχωμα της σάλπιγγας προκαλώντας ετερόπλευρο υπογαστρικό άλγος. Αν δεν διαγνωστεί έγκαιρα προκαλείται ρήξη του τοιχώματος της σάλπιγγας, που συνοδεύεται από οξύ υπογαστρικό άλγος λόγω ενδοπεριτοναϊκής αιμορραγίας (99%), κοιλική αιμόρροια μετά την έναρξη του πόνου(75%) και αμηνόρροια (κλασική τριάδα συμπτωμάτων), λιποθυμικό επεισόδιο και κατάσταση.²

Η έκτοπη κύηση (Ectopic Pregnancy) είναι μια από τις σοβαρές επιπλοκές της κύησης και χαρακτηρίζεται από την εγκατάσταση του κυήματος, έξω από την φυσιολογική του θέση, που είναι πάντα η φυσιολογικά διαπλασμένη ενδομητριακή κοιλότητα. Ο όρος έκτοπη κύηση φαίνεται να είναι πιο αντιπροσωπευτικός από τον όρο εξωμήτρια κύηση, αφού ο τελευταίος δεν συμπεριλαμβάνει ορισμένες παθολογικές εγκαταστάσεις του κυήματος μέσα στη μήτρα, όπως είναι η τραχηλική κύηση, η εγκατάσταση του κυήματος στο κέρασ μιας φυσιολογικά διαπλασμένης μητρικής κοιλότητας ή σε ένα εκκόλπωμα της μήτρας ή ακόμα και σε ένα υποπλαστικό κέρασ δικέρωτος μήτρας. Ο όρος εξωμήτριος κύηση περιλαμβάνει μόνο τις εντοπίσεις στην σάλπιγγα, στις ωοθήκες, στον πλατύ σύνδεσμο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ορισμός: Εγκυμοσύνη είναι το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, που αρχίζει με τη γονιμοποίηση του ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό.

Λέγεται και κύηση ή κυοφορία.

Κλινική διάγνωση .

Η κλινική διάγνωση της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να γίνει από το ιστορικό, τα συμπτώματα, την επισκόπηση, την ψηλάφηση και την ακρόαση.

Ιστορικό:

- α) Ατομικό αναμνηστικό.
- β) Εμμηνορρυσία.
- γ) Μαιευτικό αναμνηστικό.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

- α) Δευτεροπαθής αμηνόρροια.
- β) Ναυτία, εμετοί, διαστροφή της όρεξης.
- γ) Σιαλόρροια.
- δ) Συχνουρία.
- ε) Διόγκωση των μαστών.
- στ) Μαστική έκκριση.
- ζ) Σκιρτήματα.
- η) Αίσθημα τάσης.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ:

- α) Μελάχρωση.
- β) Ομφαλός.
- γ) Ραβδώσεις.
- δ) Κάτω άκρα.
- ε) Γεννητικό σύστημα.
- στ) Με την επισκόπηση του πρωκτού διαπιστώνουμε την ύπαρξη ή όχι αιμορροϊδων.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ:

- 1) Γεννητικό σύστημα.
 - 1.α) Σημείο του Goodell.
 - 1.β) Σημείο του Hegar.
 - 1.γ) Σημείο του Piscacek.

- 1.δ) Σημείο του Noble.
1.ε) Εσωτερική αντιτυπία.

2) Κοιλιά.

- 2.α) Εξωτερική αντιτυπία.
2.β) Μικροσυστολές της μήτρας ή σημείο του Braxton-Hicks.
2.γ) Σκιρτήματα.
2.δ) Μεγάλωμα της μήτρας.
2.ε) Χειρισμοί του Leopold. (4 τρόποι).
2.στ) Εμπέδωση.

3) Ακρόαση.

- 3.α) Κοιλιοσκόπιο & στηθοσκόπιο.
3.β) Υπέρηχοι.⁸

ΑΛΗΘΗΣ έναντι ΨΕΥΔΟΥΣ ΤΟΚΕΤΟΥ		
Τύπος της Μεταβολής	Αληθής Τοκετός	Ψευδής Τοκετός
Χρόνος των συστολών	Γίνονται σε κανονικά διαστήματα	Συνήθως είναι ανώμαλοι και δεν είναι συνεπείς μεταξύ των (ονομάζονται συσπάσεις των Braxton-Hicks)
Αλλαγή με την κίνηση	Οι συσπάσεις συνεχίζονται παρά την κίνηση	Οι συσπάσεις μπορεί να σταματήσουν όταν οι ασθενείς περπατούν ή αναπαύονται ή μπορεί ακόμη να σταματήσουν με την αλλαγή της θέσεως
Εντόπιση των συσπάσεων	Συνήθως αρχίζουν από πίσω και επεκτείνονται κυκλικά προς τα εμπρός	Συνήθως γίνονται αντιληπτοί στην κοιλιά
Ένταση των συσπάσεων	Η αύξηση των συσπάσεων είναι σταθερή	Συνήθως είναι ασθενείς και δε γίνονται ισχυρότερα

εικο.απο.8

ΠΙΘΑΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Από τα στοιχεία, που θα συγκεντρώσουμε από την κλινική εξέταση, αυτά που θα μας βοηθήσουν για τη διάγνωση της εγκυμοσύνης και λέγονται πιθανά και σημεία εγκυμοσύνης, γιατί είναι δυνατό να υπάρχουν και όταν δεν υπάρχει εγκυμοσύνη, ή να υπάρχει εγκυμοσύνη και να λείπουν, είναι:

- 1) Η παύση της εμμηνορρυσίας, που μπορεί να οφείλεται και σε πολλές άλλες λειτουργικές διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου.
- 2) Η μεταβολή στο μέγεθος, στο σχήμα και στη σύσταση της μήτρας, που μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη όγκων.
- 3) Η ναυτία και ο εμετός, που μπορούν να οφείλονται και σε διαταραχή της εμμηνορρυσίας, σε ψυχογενή ή άλλα αίτια.
- 4) Το μητρικό χλόασμα, που μπορεί να οφείλεται και σε λειτουργικές διαταραχές των επινεφριδίων και συκωτιού.
- 5) Οι σφιχτότεροι και ευαίσθητοι μαστοί, που μπορούν να οφείλονται και σε ενδοκρινικές διαταραχές.
- 6) Οι ραβδώσεις της κοιλιάς και ο χρωματισμός της λευκής γραμμής, που μπορούν να οφείλονται σε απότομο αδυνάτισμα και σε ενδοκρινικές διαταραχές.

7) Η διόγκωση του υπογαστρίου, που μπορεί να οφείλεται και σε ύπαρξη ενδοκοιλιακών όγκων.

Τα πιθανά διαγνωστικά σημεία της εγκυμοσύνης μπορεί να μας οδηγήσουν στη διάγνωση της ψευτοκύησης.

ΒΕΒΑΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.

Αυτά τα σημεία, που εμφανίζονται μόνο στην εγκυμοσύνη, είναι:

- 1) Οι ενεργητικές κινήσεις του εμβρύου, που εκδηλώνονται με σκιρτήματα, αισθητά στον εξεταστή.
- 2) Η εσωτερική και η εξωτερική αντιτυπία.
- 3) Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου.
- 4) Το μητρικό φύσημα και το φύσημα της ομφαλίδας.
- 5) Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου.
- 6) Η ακτινολογική απεικόνιση του εμβρύου.
- 7) Η υπερηχογραφική απεικόνιση του.

Από τα παραπάνω προκύπτει, πως, για να διαγνώσουμε με βεβαιότητα την εγκυμοσύνη, πρέπει αυτή να προχωρήσει στην εξέλιξή της. Για να τη διαγνώσουμε πριν από την κλινική της εμφάνιση, καταφεύγουμε σε εργαστηριακές μεθόδους.⁸

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με της εργαστηριακές μεθόδους μπορούμε να διαγνώσουμε, τόσο την εγκυμοσύνη στην αρχή της, όσο και την κατάσταση του κυήματος. Σ' αυτές ανήκουν:

- 1) Ανοσοδοκιμασίες.
- 2) Ραδιοανοσοδοκιμασίες.
- 3) Υπερηχογράφημα.
- 4) Διαφορική διάγνωση.

Συμπτώματα: Συμπτώματα, που μπορούν να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα στην εγκυμοσύνη, αλλά που δεν συνοδεύονται από ψηλαφητή διόγκωση στην περιοχή του υπογαστρίου, είναι:

- **Δευτεροπαθής αμηνόρροια.**
- **Εμετοί.** Αυτοί μπορούν να οφείλονται και σε παθήσεις του πεπτικού συστήματος.
- **Διόγκωση των μαστών.** Αυτή μπορεί να οφείλεται και σε μαστοπάθειες, προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, ορμονοθεραπεία κλπ.
- **Μαστική έκκριση.** Αυτή μπορεί να οφείλεται και σε αδενώματα της υπόφυσης ή σε ενδοκρινικά σύνδρομα, σε λήψη φαρμάκων κλπ.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- Ινομύωμα.
 - Κύστη ωοθήκης.
 - Ασκίτης.
 - Αιματόμητρα.
 - Ψευδοκύστη.
 - Έκτοπη εγκυμοσύνη.
-
- ❖ **Διάγνωση προηγούμενης εγκυμοσύνης.**
 - ❖ **Διάγνωση του φύλου του εμβρύου.**
 - ❖ **Διάγνωση θανάτου του εμβρύου.**
 - ❖ **Διάγνωση του τύπου της πυέλου.**

Κλινική εξέταση.

Πυελομέτρηση. Αυτή αναφέρεται στις διαγνωστικές μεθόδους.

Ακτινολογικός έλεγχος. Ο έλεγχος αυτός αντικαταστάθηκε από άλλες διαγνωστικές μεθόδους. Σε περίπτωση καταγμάτων της πυέλου κρίνεται απαραίτητος.

Διάρκεια φυσιολογικής εγκυμοσύνης.

Όπως αναφέραμε, η εγκυμοσύνη αρχίζει με τη γονιμοποίηση και τελειώνει με τον τοκετό. Η μέση διάρκεια αυτής είναι 266 ημέρες, με ανώτερο όριο 293 ημέρες και κατώτερο 230.⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΛΟΠΚΗ
<p>Εξηγείται στον ασθενή και καθησυχάζεται ότι αυτό είναι αναπόφευκτο και αποδεκτό στο στάδιο αυτό.</p> <p>Συνιστάται στη γυναίκα να στρίβει προς τα κάτω με κάθε συστολή μέχρι της κορυφής και ακολούθως να παίρνει βραχείες, ταχείες αναπνοές.</p>	<p>Το μαρκά δίνει στη μητέρα το αίσθημα της πίεσεως στο ορθό λόγω της εισόδου στο γεννητικό σωλήνα. Η μητέρα τις περισσότερες φορές χρησιμοποιεί τους κοιλιακούς μύες στην εξώθηση του εμβρύου.</p> <p>Η μητέρα δεν θα πρέπει να εξωθεί κατά τη διάρκεια προκειμένου να αποφευχθούν οι εξελκώσεις του περιναίου και επιτρέπουν στο μαρκά να εξέλθει βραδέως και ευχερώς.</p>
<p>Συνιστάται στην ασθενή να τεντώνει το πόδι της προς τα έξω βιαίως ελκοντας το πόδι της έμπροσθεν του γόνατος.</p> <p>Αν παρατείνεται, μπορεί να εφαρμοσθούν θερμές πετσέτες στην προσβληθείσα περιοχή.</p>	<p>Η υπέρταση ισχυροποιεί τους μύες και σπάζει την οδό του αίλου.</p> <p>Η θερμότητα θα βοηθήσει στη μυϊκή χαλάρωση.</p>
<p>Εφαρμόζεται ελαιούχος ή κρέα κρέμα στα χείλη.</p>	<p>Οι βραχείες, κολλώδεις αναπνοές κατά τη διάρκεια της γεννήσεως οδηγούν στην εμφάνιση ξηρών χειλέων. Το λάδι ή κρέμα θα προλάβουν τις ραγάδες και θα παράσχουν ανακούφιση στην ασθενή.</p>
<p>Εφαρμόζεται κρύο πανί στο μέτωπο και τα χέρια.</p>	<p>Ανακουφίζεται η μητέρα κατά τη διάρκεια της σκληρής δοκιμασίας της γεννήσεως.</p>
<p>Βοηθείται ο ιατρός στον καθετηριασμό.</p>	<p>Η διατεταμένη ουροδόχος κύστις επηρεάζει την εξέλιξη της γεννήσεως και προκαλεί στη μητέρα μη απαραίτητη δυσφορία.</p>

ΕΙΚΟ.ΑΠΟ. 7

ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο σκοπός του ιατρικού και γυναικολογικού ιστορικού είναι να εφοδιάσει το γιατρό με ένα φάκελο που να περιέχει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την υγεία της ασθενούς τόσο στο παρόν όσο και στο παρελθόν. Μετά από μια σύντομη, άλλα φιλική εισαγωγή το ερωτηματολόγιο πρέπει να προχωρήσει τακτικά και συστηματικά. Το προσωπικό, ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό της ασθενούς καταγράφεται και γίνεται έρευνα σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό με ειδική αναφορά σε κάθε κατάσταση η οποία μπορεί να επηρεάσει την κύηση.

Προσωπικό ιστορικό.

- Ταυτότητα ασθενούς (όνομα, ηλικία, φύλο, φυλή, ύψος, βάρος, εμφάνιση)
- Λόγος επίσκεψης.
- Παρόντα συμπτώματα, όπως κακοδιαθεσία συνηθισμένη για κύηση ή προβλήματα αιμορραγίας.

Ιατρικό ιστορικό.

- ✓ Νόσοι
- ✓ Νοσοκομειακή περίθαλψη (εισαγωγή και παραμονή σε νοσοκομείο)
- ✓ Εγχειρήσεις
- ✓ Παιδικές νόσοι
- ✓ Φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των OTC και των ναρκωτικών)
- ✓ Χρήση καπνού
- ✓ Κατανάλωση οινοπνεύματος
- ✓ Αλλεργίες
- ✓ Εκθέσεις (επαγγελματική, οικίας ή ταξιδιού)
- ✓ Ιστορικό αντισύλληψης
- ✓ Ανοσοποιήσεις
- ✓ Μεταγίσεις
- ✓ Τραυματισμοί γυναικολογικό ιστορικό και εμμηνορρυσίας (εμφάνιση της εμμήνου ροής, συχνότητα, διάρκεια, ροή, LMP, πόνος)
- ✓ Ιστορικό εγκυμοσύνης (TRAL, επιλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης, τοκετός ή άμβλωση).

Κοινωνικό ιστορικό.

- Πνευματική και θρησκευτική παράδοση
- Οικονομικά (εισόδημα, πόροι, ασφάλεια)
- Βιοτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, σύστημα οικογενειακής υποστήριξης
- Απασχόληση (ικανοποίηση, άγχος, κίνδυνος έκθεσης)
- Μόρφωση
- Χόμπι, ενδιαφέροντα και σωματική άσκηση
- Τυπική ημέρα(συνήθειες ύπνου διατροφή)

Οικογενειακό ιστορικό.

- ✓ Υγεία γονέων, αδελφών και παππούδων
- ✓ Χρόνιες νόσοι μελών της οικογένειας
- ✓ Γενετικό ιστορικό(γενετικές νόσοι, δίδυμοι κλπ.

Αφού συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες μπορεί να τελειώσει η συνέντευξη δίνοντας στην ασθενή την ευκαιρία να εκφράσει τυχόν ανησυχίες ή ερωτήσεις.

Εάν η ασθενής παίρνει φάρμακα, πρέπει οπωσδήποτε να ενημερωθεί ο γιατρός. Ο γιατρός θα αποφασίσει εάν η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί κατά τη διάρκεια της κήσεως.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

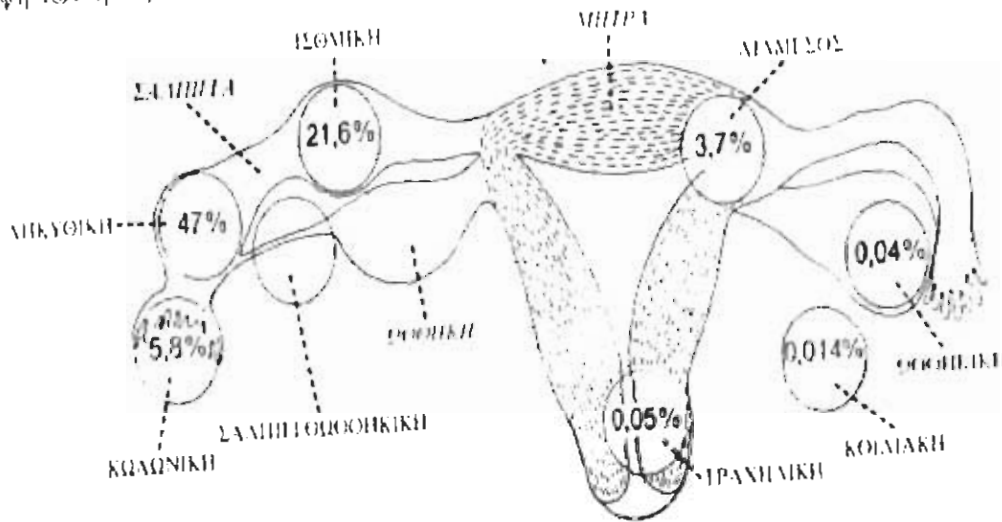
Ἐντοπισθεῖς ἐκτοπιθῆς κ' ἠσῆς

ΜΕΡΟΣ Α

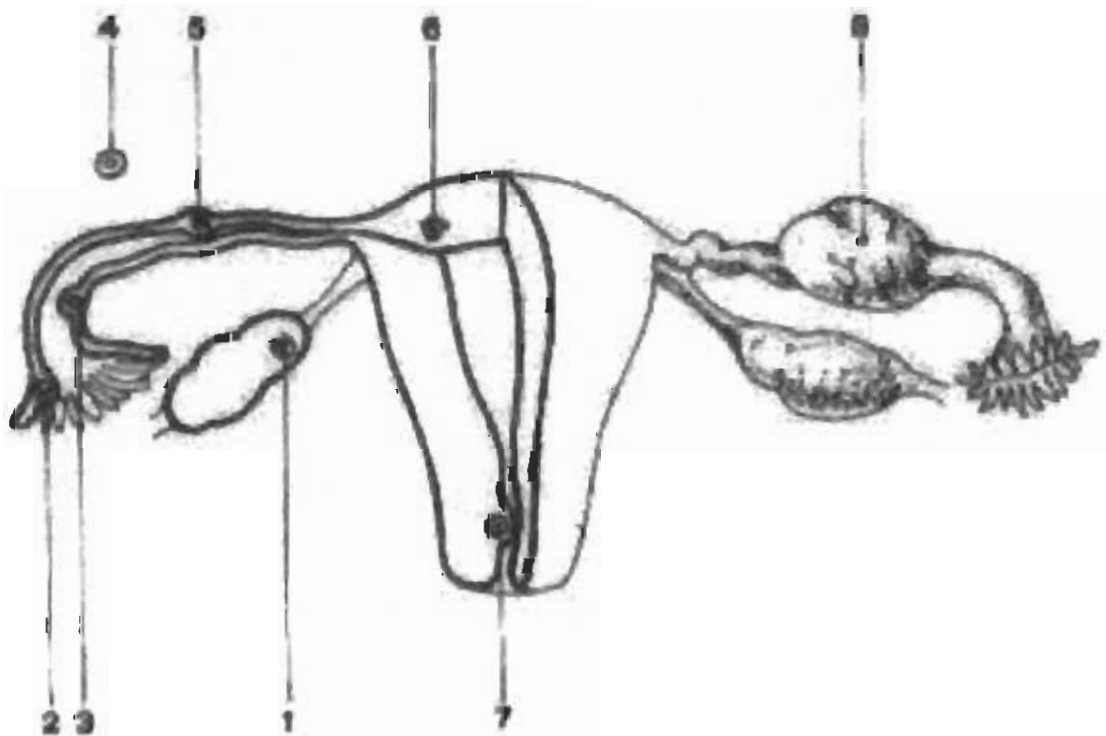
ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η εγκατάσταση της εξωμήτριας ή έκτοπης, όπως αλλιώς λέγεται, εγκυμοσύνης συμβαίνει κατά κανόνα στη *σάλπιγγα* (ωαγωγό), σε ποσοστό που φθάνει το 95%. Η σειρά συχνότητας που γίνεται η εγκατάσταση του κήματος στα διάφορα τμήματα της σάλπιγγας είναι: η λήκυθος (ληκυθική), ο ισθμός (ισθμική), ο κώδωνας (κωδωνική) και το ενδοτοιχικό της τμήμα (διάμεση). Άλλες πιο ασυνήθιστες εντοπίσεις εξωμήτριας κύησης είναι η *ωοθηκική* (2 - 4%), η *κοιλιακή* (η ανάπτυξη του κήματος μέσα στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα) και η *ενδοσυνδεσμική* (η ανάπτυξη του ανάμεσα στα πέταλα του πλατύ συνδέσμου). Οι τρεις τελευταίες εντοπίσεις φαίνεται ότι δεν είναι πρωτογενείς, τουλάχιστον στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, δηλαδή το κήμα δεν εγκαθίσταται εκεί από την αρχή της γονιμοποίησης, αλλά αυτό γίνεται αργότερα. Αφού πρώτα γονιμοποιηθεί μέσα στη σάλπιγγα, πέφτει έξω απ' αυτή, σε άγνωστο χρόνο, χωρίς γνωστό μηχανισμό, πιθανότατα ύστερα από πρόκληση ωαγωγικής έκτρωσης, και δευτερογενώς αναπτύσσεται πάνω στην ωοθήκη, στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα ή μέσα στα πέταλα του πλατύ συνδέσμου. Υπάρχουν περιπτώσεις, που υποστηρίζεται από τους συγγραφείς, ότι η εντόπιση πάνω στην ωοθήκη ή μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι πρωτοπαθής. Μια άλλη σπάνια μορφή εξωμήτριας εγκυμοσύνης είναι η *ενδοτραχηλική*, στην οποία το κήμα εγκαθίσταται και μεγαλώνει μέσα στην ενδοτραχηλική κοιλότητα της μήτρας.⁵

εικο.απο.2



εικο.απο.3



εικο.απο 4

ΓΝΩΣΤΑ ΑΙΤΙΑ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Τα γνωστά αίτια της έκτοπης κύησης καλύπτουν μόνο ένα ποσοστό 50% από το σύνολο των περιπτώσεων και προκειμένου για τις εξωμήτριες εντοπίσεις περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις καταστάσεις, που επιβραδύνουν ή παρεμποδίζουν το πέρασμα του κυήματος από τη σάλπιγγα προς την ενδομητρική κοιλότητα.

Τέτοιες καταστάσεις είναι: Οι χρόνιες φλεγμονές του ενδοσαλπιγγίου (25 έως 30%), οι χρόνιες περισαλπιγγικές φλεγμονές (συμφύσεις), οι διάφορες ανωμαλίες της διάπλασης των σαλπίγγων (μακρές κυματοειδούς πορείας σάλπιγγες, εκκολπώματα, διπλές σάλπιγγες, στενώματα κ.λ.π.), η ενδομητρίωση των σαλπίγγων, οι διάφοροι εξαρτηματικοί όγκοι, τα ινομυώματα της μήτρας και ιδιαίτερα της περιοχής των κεράτων, κάθε ορμονική διαταραχή που επηρεάζει τη λειτουργικότητα των σαλπίγγων (περισταλτισμό – κινητικότητα κροσών – έκκριση του βλεννογόνου) και ο σπασμός των ωαγωγών ψυχογενούς προέλευσης. Εκτός από τα παραπάνω αίτια ενοχοποιούνται η εσωτερική και εξωτερική μετάσταση του ωαρίου (το πέρασμα δηλαδή του ωαρίου στην αντίθετη σάλπιγγα, μέσω της ενδομητρικής ή της περιτοναϊκής κοιλότητας αντίστοιχα), η προχωρημένη ηλικία της εγκύου και ιδιαίτερα οι τυχόν προηγούμενες σαλπιγγοπλαστικές εγχειρήσεις. Όπως είναι ευνόητο η τεχνητή διακοπή της κύησης και οι τυχόν προηγούμενες αυτόματες εκτρώσεις αποτελούν πιθανότατα τα συχνότερα έμμεσα αίτια (μέσω του παράγοντα φλεγμονή), για τη δημιουργία συνθηκών για την ανάπτυξη έκτοπης κύησης.³

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ Η ΡΗΞΗ

Η εβδομάδα της κύησης κατά την οποία συμβαίνει η ρήξη μιας έκτοπης κύησης είναι συνάρτηση του οργάνου το οποίο αφορά. Κατά κύριο λόγο, εξαρτάται από το πάχος του μυϊκού χιτώνα και τη διαμόρφωση των πτυχών του βλεννογόνου, προκειμένου για τη σάλπιγγα. Έτσι λοιπόν πιο γρήγορα γίνεται η ρήξη της σάλπιγγας, όταν αφορά τον ισθμό, αργότερα όταν αφορά τη λήκυθο και ακόμα αργότερα, όταν αφορά το διάμεσο ή ενδοτοιχικό τμήμα της σάλπιγγας. Επίσης, προκειμένου για τη λήκυθο του ωαγωγού, όταν εγκατασταθεί το κύημα στον πυθμένα μιας αύλακας (ή στη βάση μιας πτυχής), η απόσταση που έχει να διαβρώσει η τροφοβλάστη για να φτάσει στον ορογόνο είναι μικρότερη, από ότι αν εγκατασταθεί το κύημα στην κορυφή μιας πτυχής. Η χρονολογική σειρά της εμφάνισης αυτόματης ρήξης μιας έκτοπης κύησης παρουσιάζεται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Εντόπιση έκτοπης κύησης	Χρόνος ρήξεως (εβδομάδα)
Λυκυθική	8η – 12η
Ισθμική	6η – 10η
Διάμεση	16η – 20ή
Υποπλαστικό κέρασ	16η – 20ή

Παράλληλα με τις τοπικές αυτές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις, γίνεται εμφανής η δράση των γεννητικών στεροειδών ορμονών πάνω στη μήτρα. Το μέγεθος της μήτρας αυξάνεται πολλές φορές, ώστε να αντιστοιχεί στη 10η εβδομάδα ενδομήτριας κύησης, ενώ η σύστασή της είναι μαλακή. Το ενδομήτριο σε 50% τω περιπτώσεων παρουσιάζει φθαρτική μετατροπή, ενώ στις υπόλοιπες παρατηρείται εκκριτικό ή

παραγωγικό ενδομήτριο. Σπανιότερα διαπιστώνεται μια άτυπη αντίδραση του ενδομητρίου, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία υπερτροφικών και υπερχρωματικών κυττάρων, με άφθονα κενोटόπια στο πρωτόπλασμά τους και ανώμαλο πυρήνα (φαινόμενο *Arias Stella*). Σε περιπτώσεις που υποστρέφεται η κύηση, ακολουθεί πτώση του επιπέδου των στεροειδών ορμονών και άρση της ορμονικής υποστήριξης του ενδομητρίου, που αρχίζει να υποστρέφεται και αυτό, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αιμόρροιας από τον κόλπο.³

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η κλινική εικόνα της έκτοπης κύησης βασικά είναι όμοια σε όλες τις εντοπίσεις της, με ορισμένες μόνο διαφορές. Κοινές κλινικές εκδηλώσεις αποτελούν τα κλασικά συμπτώματα και σημεία της κύησης (αναστολή της E.P., νευροφυτικές διαταραχές κ.λπ), ο πόνος στο υπογάστριο, η αιμόρροια από τον κόλπο, η συχνουρία και η συμπτωματολογία της ρήξης της έκτοπης κύησης.

Ο πόνος στο υπογάστριο, είναι ένα σταθερό σύμπτωμα της έκτοπης κύησης και τις περισσότερες φορές υποδύεται τον τύπο κολικού. Ο πόνος αυτός χαρακτηρίζεται από το ότι πολλές φορές υποχωρεί για να ξαναεμφανιστεί μετά από ώρες ή και ημέρες ακόμα. Η έντασή του ποικίλει. Η πρόκληση του πόνου οφείλεται στο γεγονός, ότι τα όργανα στα οποία εγκαθίσταται η έκτοπη κύηση (σάλπιγγες, υποπλαστικό κέρασ μήτρας, τράχηλος της μήτρας) προσπαθούν να αποβάλουν το κύημα – που συμπεριφέρεται σαν ένα ξένο σώμα – με τη συσταλτική δραστηριότητα του μυϊκού τους υποστρώματος. Στις περιπτώσεις που εγκαθίσταται το κύημα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, στην ωοθήκη ή στον πλατύ σύνδεσμο, ο πόνος που προκαλείται οφείλεται στην τοπική

αντίδραση των οργάνων αυτών και τον περιτοναϊκό ερεθισμό από την πρόκληση διάφορου βαθμού αιμορραγίας, λόγω των παρατηρουμένων αποκολλήσεων του κυήματος. Στις περιπτώσεις εκείνες που εξελίσσεται η έκτοπη κύηση σε ενδοκοιλιακή, η έγκυος γυναίκα αναφέρει χαρακτηριστικά, την ύπαρξη επωδόνων σκιρτημάτων του εμβρύου.

Η κοιλιακή αιμόρροια είναι ποικίλου βαθμού και μόνο σε 5% των περιπτώσεων μπορεί να είναι μεγάλης βαρύτητας. Τις περισσότερες φορές πρόκειται για μικρή αιμόρροια καφεοειδούς χροιάς. Ο μηχανισμός της αιμόρροιας από τον κόλπο, κατά την έκτοπη κύηση, υποδηλώνει υποστροφή του κυήματος, που λόγω του ότι δεν εκκρίνει αρκετή ποσότητα Χ.ΓΔ.Τ. (h C.G), έχει σαν αποτέλεσμα την υποστροφή του ωχρού σωματίου της κύησης. Η υποστροφή αυτή του ωχρού σωματίου, εκδηλώνεται με ελάττωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που συντηρούσαν την ανάπτυξη και μετατροπή του ενδομητρίου σε φθαρτό. Η άρση αυτή της υποστήριξης του φθαρτού από τις στεροειδείς ορμόνες, οδηγεί στην υποστροφή του και την εμφάνιση της αιμόρροιας. Αν η εκφύλιση του ωχρού σωματίου γίνει απότομα, ακολουθεί απότομη πτώση των επιπέδων των στεροειδών αυτών ορμονών και επομένως εμφανίζεται απότομη και εκσεσημασμένη αιμόρροια από τον κόλπο. Στην περίπτωση αυτή ο φθαρτός μπορεί να αποβληθεί στο σύνολό του με τη μορφή εκμαγείου της μήτρας. Αν όμως η εγκατάσταση της εκφύλισης του ωχρού σωματίου γίνει βαθμιαία, τότε η αιμόρροια από τον κόλπο είναι υποτυπώδης ή και ανύπαρκτη. Με τον ίδιο μηχανισμό εξηγούνται και οι ενδιάμεσης βαρύτητας κοιλιακές αιμόρροιες.

Η ρήξη της έκτοπης κύησης χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δυνατού απότομου πόνου στο υπογάστριο (διαξιφιστικός πόνος), που συνοδεύεται συνήθως από αντανάκλαση στην ωμοπλάτη και με βαθμιαία και απότομη εγκατάσταση συμπτωματολογίας εσωτερικής αιμορραγίας (έντονη

εφίδρωση, λιποθυμική κατάσταση, αίσθημα έλλειψης O₂, μικρό νηματοειδή σφυγμό, ταχυσφυγμία, πτώση της Α.Π. κ.ά.). Επίσης μετά τη ρήξη της έκτοπης κύησης είναι δυνατό να παρατηρηθεί το σημείο Gallen, που χαρακτηρίζεται από μια μελανή χρώση του δέρματος γύρω από τον ομφαλό. Το σημείο αυτό είναι βέβαια πολύ σπάνιο. Από τον προσδιορισμό της εβδομάδας της κύησης, που εγκαταστάθηκε η ρήξη μπορεί να πιθανολογηθεί και η εντόπιση της έκτοπης κύησης, όπως παρουσιάστηκε και στον παραπάνω πίνακα.³

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η διάγνωση της έκτοπης κύησης στηρίζεται στις πληροφορίες από το ιστορικό της γυναίκας, στην κλινική εικόνα, στην κλινική εξέταση και στις διάφορες παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, ανάλογα με το αν πρόκειται για πριν, κατά ή μετά την τυχόν ρήξη της.

Η ύπαρξη ιστορικού μακροχρόνιας στέρωσης, προηγούμενων επεισοδίων σαλπινγίτιδος, προηγούμενης σαλπινγοπλαστικής και προσβολής οξείας σκωληκοειδίτιδος θεωρούνται, σε συνδυασμό με τη συμπτωματολογία, ενισχυτικές ενδείξεις για πιθανολόγηση έκτοπης κύησης.

Η κλινική διάγνωση στηρίζεται, κατά κύριο λόγο, στην ψηλάφηση των κοιλιακών τοιχωμάτων και την γυναικολογική εξέταση. Τα κοιλιακά τοιχώματα ελέγχονται ευαίσθητα κατά την ψηλάφηση του υπογαστρίου και σε προχωρημένες καταστάσεις μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη ευαισθησίας μετά την απότομη άρση της πίεσης που ασκείται από τα δάκτυλα του εξεταστή (Rebound Phenomenon). Με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώνεται η ύπαρξη διογκωμένης μήτρας μαλακής σύστασης, ευαισθησία στο σημείο εγκατάστασης του κυήματος και

διόγκωση στη θέση αυτή. Προκειμένου για σαλπγγική εγκατάσταση του κυήματος διαπιστώνεται μια ατρακτοειδής, ευαίσθητη διόγκωση. Η ευαισθησία κατά τη μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας με τα δάκτυλα, από τον κόλπο, αποτελεί χαρακτηριστικό σημείο της έκτοπης κύησης. Μετά τη ρήξη της έκτοπης κύησης η διόγκωση που προκαλείται από την παρουσία του κυήματος, δεν υπάρχει πια. Όπως γίνεται αντιληπτό η εξαφάνιση μιας προηγούμενα διαπιστωμένης διόγκωσης, σε συνδυασμό με τα άλλα κλινικά και λοιπά ευρήματα, ενισχύουν τη διάγνωση για ρήξη της έκτοπης κύησης.

Συμπερασματικά η κοιλική αιμόρροια, ο αυτόματος πόνος στο υπογάστριο και ιδιαίτερα κατά τη μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας, αποτελούν την πιο σταθερή τριάδα συμπτωμάτων της έκτοπης κύησης, πριν από τη ρήξη της.³

Άλλες Διαγνωστικές Τεχνικές

Άλλες διαγνωστικές τεχνικές είναι:

α) Η δοκιμασία της κύησης στα πρώτα πρωινά ούρα, αποβαίνει θετική μόνο σε ποσοστό 50% των περιπτώσεων, λόγω της μειωμένης έκκρισης Χ.ΓΔ.Τ. (hC.G.). Για το λόγο αυτό πιο πληροφοριακός φαίνεται να είναι ο προσδιορισμός της β – υπομονάδας της Χ.ΓΔ.Τ. (hC.G.) στον ορό του αίματος.

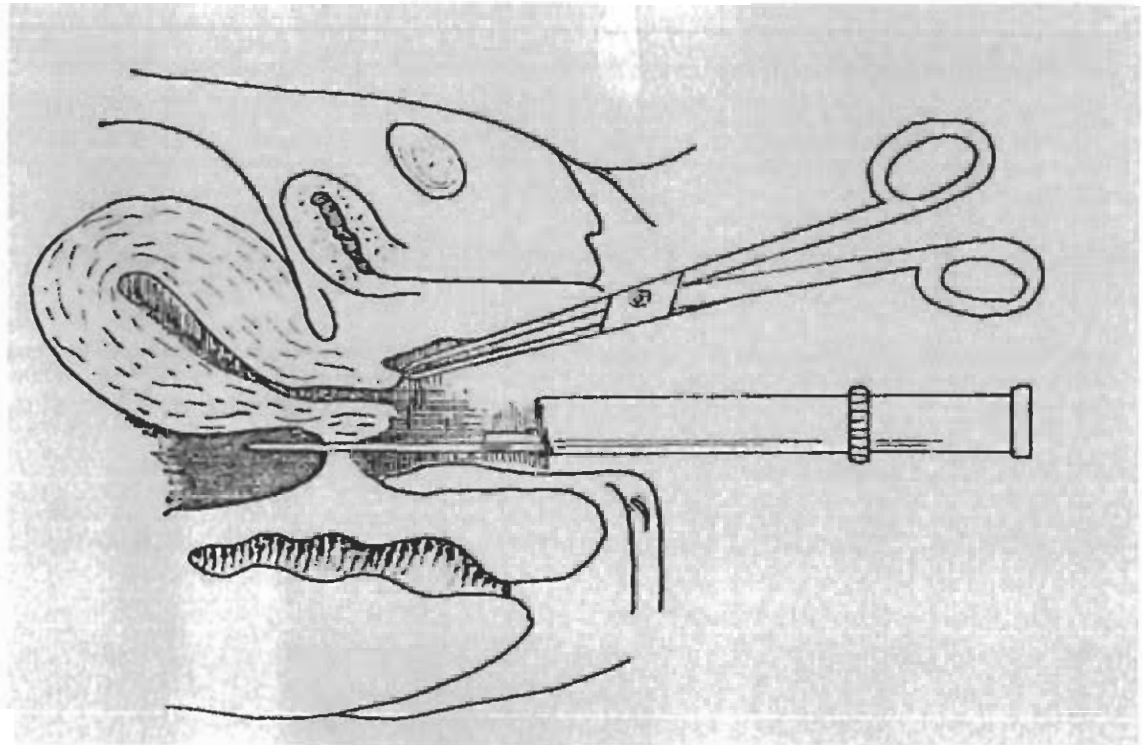
β) Η ερευνητική απόξεση του ενδομητρίου. Όπως αναφέρθηκε ήδη, σε 50% περίπου των περιπτώσεων διαπιστώνεται η δημιουργία φθαρτού χωρίς την παρουσία τροφοβλαστικών στοιχείων. Σπανιότερα παρατηρείται το φαινόμενο Agias – Stella, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι δυνατό να διαπιστωθεί η ύπαρξη παραγωγικού ή εκκριντικού ενδομητρίου.

γ) Η παρακολούθηση της τιμής του αιματοκρίτη. Προοδευτική πτώση του εισηγείται την πιθανή ύπαρξη έκτοπης κύησης, που συνοδεύεται από εσωτερική αιμορραγία.

δ) Η παρακέντηση του δουγλασίου από τον οπίσθιο κοιλικό θόλο, με βελόνα οσφυονωτιαίας παρακέντησης μεγέθους 18 - 19. Η διαπίστωση ύπαρξης ελεύθερου αίματος, που δεν πήζει, σκοτεινόχρωμο, με μικρά πήγματα, υποδηλώνει την ύπαρξη αίματος στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Η αναρρόφηση αίματος που πήζει μετά την ανάκτησή του σημαίνει, ότι πάρθηκε από κάποιο αγγείο. Η μη ανάκτηση αίματος κατά την παρακέντηση του δουγλασίου χαρακτηρίζει την δοκιμασία ως αρνητική. Το θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα της παρακέντησης πρέπει να αξιολογείται με προσοχή και πάντα σε συνδυασμό με τα άλλα στοιχεία, που προκύπτουν από τη διερεύνηση της κάθε περίπτωσης.

Η τεχνική της παρακέντησης του δουγλασίου περιγράφεται σε συντομία αμέσως παρακάτω: Μετά την τοποθέτηση της άρρωστης στο εγχειρητικό τραπέζι και σε ύπτια θέση, με τους μηρούς σε απαγωγή, τοποθετούνται ο πρόσθιος και οπίσθιος κοιλιοδιαστολέας, γίνεται καθαρισμός και εφαρμόζεται τοπική αντισηψία στον κόλπο. Στη συνέχεια πιάνεται με μια μονοδοντωτή λαβίδα Museaux το οπίσθιο χείλος του τραχήλου και τραβιέται οριζόντια προς τα έξω, ώστε να αποκαλυφθεί ο οπίσθιος κοιλικός θόλος. Ακριβώς πίσω από τον τράχηλο εισάγεται η βελόνα οσφυονωτιαίας παρακέντησης μεγέθους 18 - 19 με το στυλεό της. Αφού διαπεραστεί το πάχος του τοιχώματος του κόλπου, που γίνεται αντιληπτό με το αίσθημα κενού που δίνει η μετακίνηση της βελόνας, αφαιρείται ο στυλεός και προσαρμόζεται μία σύριγγα των 20 κ.εκ. Ακολουθεί αναρρόφηση και διερευνούνται τα χαρακτηριστικά του τυχόν αναρροφούμενου υγρού, όπως αναφέρθηκε προηγούμενα. Για την εκτέλεση της παρακέντησης του δουγλασίου δεν είναι απαραίτητη η γενική ή τοπική

αναισθησία.



Εικο.απο 3

ε) *Η οπίσθια κοιλιοτομή.* Η διαγνωστική αυτή τεχνική απαιτεί γενική αναισθησία και τα προκαταρκτικά βήματα της επέμβασης είναι τα ίδια με της παρακέντησης του δουλγασίου. Για την εκτέλεσή της γίνεται μια εγκάρσια τομή στον οπίσθιο κοιλικό θόλο, αμέσως πίσω από τον τράχηλο της μήτρας. Τελικός σκοπός της επέμβασης αυτής είναι η διάνοιξη του περιτοναίου και ο άμεσος έλεγχος, για την παρουσία τυχόν αίματος. Όπως γίνεται αντιληπτό, η μέθοδος αυτή είναι ακίνδυνη και δίνει άμεσες πληροφορίες. Κατά τη γνώμη μας, οι θεραπευτικοί χειρισμοί με την επέμβαση αυτή είναι επικίνδυνοι και γι' αυτό είναι σκόπιμος ο περιορισμός των χειρισμών, σε διαγνωστικό μόνο επίπεδο.

στ) *Η λαπαροσκοπία,* είναι μια πολύ χρήσιμη διαγνωστική επέμβαση, και πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε περίπτωση που υπάρχει υποψία για έκτοπη κύηση. Η δραστηριότητα της μεθόδου αυτής στηρίζεται, όπως γίνεται αντιληπτό, στην άμεση επισκόπηση από τον εξεταστή. Για την

τεχνική της μεθόδου αυτής ο αναγνώστης παραπέμπεται στα κλασικά συγγράμματα γυναικολογίας.

η) *Η υπερηχογραφία.* Οι σημερινές δυνατότητες της υπερηχογραφίας είναι σε θέση να εξασφαλίσουν έγκαιρα τη διάγνωση της έκτοπης κύησης (εικόνα 9-5 και 6), ώστε πολλές από τις αναφερθείσες διαγνωστικές επεμβάσεις να έχουν υποκατασταθεί από αυτή.³

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Κατά τη ρήξη της η έκτοπη κύηση τις περισσότερες φορές δεν φαίνεται να προβληματίζει τον έμπειρο ιατρό. Αντίθετα πριν από αυτήν η διαφορική διάγνωση πολλές φορές αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Στις περιπτώσεις αυτές η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από: Την απειλούμενη Α.Ε., τις διάφορες πυελικές φλεγμονές, την οξεία σκωληκοειδίτιδα, την κύστη του ωχρού σωματίου, τη συστροφή ή ρήξη ή επιμόλυνση κύστεως της ωοθήκης, την συστροφή ή εκφύλιση μισχωτού υπορογονίου ινομυώματος, την υστερία κατά την κύηση και διάφορες εξωγεννητικές πυελικές παθήσεις, που επιπλέκουν την κύηση (ατελής ειλεός, οξεία γαστρεντερίτις κ.ά.). Απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή διαφορική διάγνωση αποτελεί η σχολαστική αξιολόγηση των πληροφοριών, που παίρνονται από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, ως και τις εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.

Ιδιαίτερη βαρύτητα χαρακτηρίζει τις περιπτώσεις εκείνες, που οι παραπάνω καταστάσεις επιπλέκουν μια κατά τα άλλα φυσιολογική κύηση, οπότε η έγκαιρη διαφορική διάγνωση γίνεται πιο δύσκολα, ενώ παράλληλα ασκούν καθοριστική επίδραση στην παραπέρα πορεία της. Στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις, που η έκτοπη κύηση συνεχίζεται μέχρι

το τρίτο τρίμηνο, η διαφορική διάγνωση είναι πολύ δύσκολη και τα διαγνωστικά προβλήματα λύνονται με την ερευνητική λαπαροτομία. Τα κυριότερα ευρήματα, στα οποία θα στηριχτεί η υποψία για ενδοκοιλιακή κύηση, είναι το τυπικό ιστορικό επώδυνων κοιλιακών επεισοδίων με αιμόρροια από τον κόλπο, κατά το πρώτο τρίμηνο, τα επώδυνα σκιρτήματα, η ψηλάφηση της μήτρας με τη γυναικολογική εξέταση, σαν μια μάζα ανεξάρτητη από τον εμβρυϊκό σάκκο, και η εύκολη ψηλάφηση των μελών του εμβρύου από τα κοιλιακά τοιχώματα. Ενισχυτικά της διάγνωσης είναι τα ευρήματα της απλής πλάγιας ακτινογραφίας της κοιλίας, τα ευρήματα της υστεροσκοπίας και η θετική δοκιμασία του Cross και των συν. (1951), όπως αναφέρονται παρακάτω: α) Με την απλή πλάγια ακτινογραφία της κοιλίας διαπιστώνεται η παρουσία του σκελετού του εμβρύου, αμέσως πάνω από την σπονδυλική στήλη της εγκύου. β) Με την υστεροσκοπία διαπιστώνεται κενή ενδομητρική κοιλότητα, και γ) Με την δοκιμασία των Cross και συν., διαπιστώνεται σύσπαση της ενδοκοιλιακής μάζας μετά από ενδομυϊκή χορήγηση 1 Δ.Μ. οξυτοκίνης, σε περίπτωση μόνο ενδομητρικής κύησης.³

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΤΟΠΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η θεραπεία της έκτοπης κύησης είναι πάντα εγχειρητική. Το είδος της εγχειρητικής επέμβασης είναι συνάρτηση της εντόπισής της, της ύπαρξης ή όχι αναπαραγωγικού προβλήματος, της φάσης της επιπλοκής (πριν, κατά ή μετά τη ρήξη), του βαθμού των βλαβών και της ηλικίας της άρρωστης.³

ΜΕΡΟΣ Β**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΕΚΤΟΠΩΣ ΚΥΗΣΗ**

Ο γυναικολόγος οφείλει να γνωρίζει μερικούς γενικούς κανόνες και να έχει υπόψη του πάντοτε τις βασικές γνώσεις και αρχές που είναι απαραίτητες για να μπορεί να διαγιγνώσκει έγκαιρα και να αντιμετωπίζει ορθά τη σοβαρή ανατομική επιπλοκή της εξωμητρίου κύησης.

Φυσιολογικά το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται και αναπτύσσεται στον προπαρασκευασμένο από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη βλεννογόνο της κοιλότητας της μήτρας. Μερικές όμως φορές, ευτυχώς όχι πολύ συχνές, το γονιμοποιημένο ωάριο εγκαθίσταται κάπου άλλου εκτός της κοιλότητας της μήτρας και τότε δημιουργείται η σοβαρή αυτή επιπλοκή της εξωμητρίου κύησης.

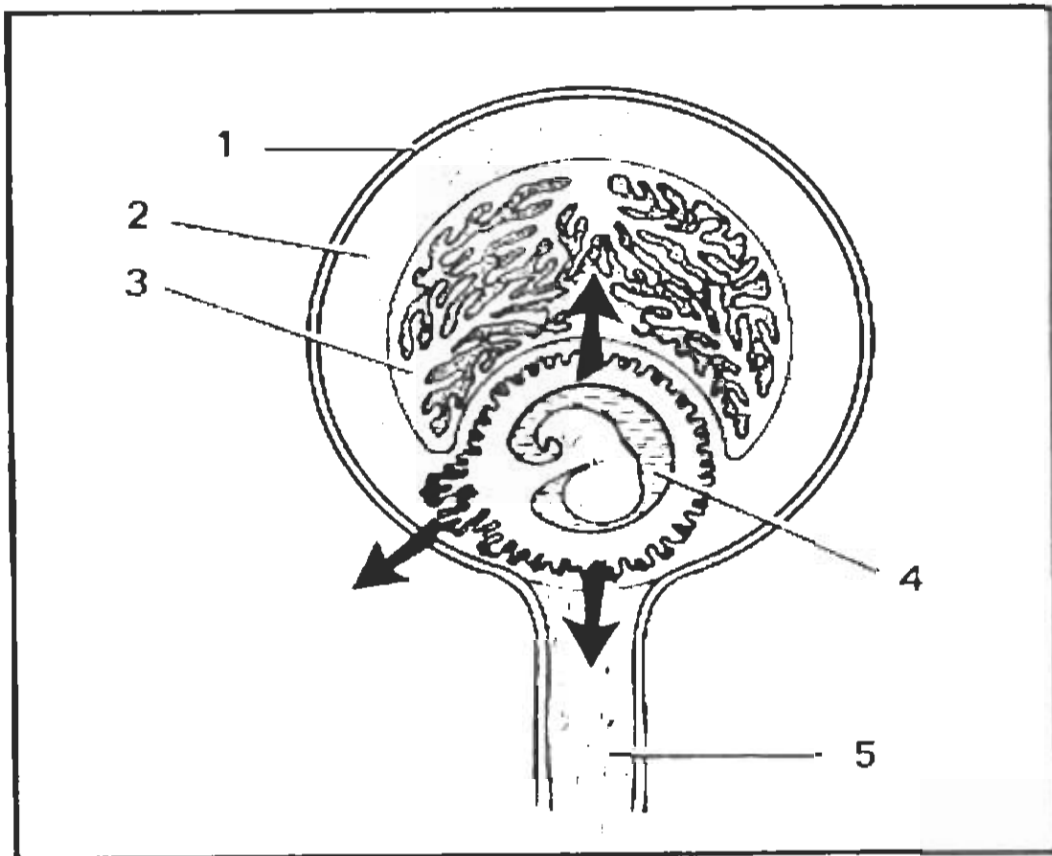
Το μέγιστο ποσοστό της εμφυτεύσεως του γονιμοποιημένου ωαρίου εκτός της κοιλότητας της μήτρας συναντάται μέσα στις σάλπιγγες. Το γονιμοποιημένο ωάριο πιο συχνά εγκαθίσταται στη ληκυθική μοίρα της σάλπιγγας (47%), λιγότερο στην ισθμική μοίρα (21,6%) και, ευτυχώς σπανιότατα, στη διάμεση μοίρα (3,7%).

Σπανιότερα το γονιμοποιημένο ωάριο μπορεί να εγκατασταθεί στην ωοθήκη (0,04%) ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα δηλαδή στον πλατύ σύνδεσμο ή στο μείζον επίπλουν, οπότε δημιουργείται η κοιλιακή κύηση. Επίσης σπάνια μπορεί να εγκατασταθεί και στον αυλό του τραχήλου (τραχηλική κύηση).

Ο γυναικολόγος δεν πρέπει να ξεχνά ότι κάθε γυναίκα κατά την αναπαραγωγική της ηλικία υπόκειται στον κίνδυνο αυτής της νοσηρής ανατομικής παθήσεως.

Η γονιμοποίηση του ωαρίου, όπως είναι γνωστό, γίνεται συνήθως στη ληκυθική μοίρα της σάλπιγγας. Το γονιμοποιημένο ωάριο, χάρις στις

περισταλτικές κινήσεις της σάλπιγγας και το κροσσωτό επιθήλιο του βλεννογόνου του αυλού της, προχωρεί προς τη κοιλότητα της μήτρας,



Σαλπγγική εγκυμοσύνη

1. Περιτόναιο, 2. Μυϊκό τοίχωμα, 3. Βλεννογόνος.
4. Εμβρυϊκός σάκος, 5. Πλάτυς σύνδεσμος. Τα βέ-
λη δείχνουν την κατεύθυνση της ρήξης.
(Ten Teachers)

εικό από 9

ενώ συγχρόνως εξελίσσεται μέχρι του σταδίου του μοριδίου και βλαστικού κυστιδίου, περιβαλλόμενο δε από την τροφοβλάστη του φθάνει στην κοιλότητα της μήτρας και εμφυτεύεται με την βοήθεια της τροφοβλάστης του στο ενδομήτριο. Το χρονικό διάστημα που θα χρειασθεί το ωάριο για τη διαδρομή αυτή και την εξέλιξή του μέχρι του σταδίου του βλαστικού κυστιδίου, δεν πρέπει να είναι μακρότερο των 4 - 5 ημερών. Και αυτό για να προφθάσει η χοριακή γοναδοτρόπος ορμόνη

της τροφοβλάστης να βρει σε πλήρη λειτουργία το ωχρό σωματίο και να διατηρήσει τη λειτουργία του. Εάν για οποιαδήποτε αιτία το γονιμοποιημένο ωάριο καθυστέρησε στη σάλπιγγα πέραν των 4 - 5 ημερών, είτε γιατί το μέγεθός του έγινε τόσο μεγάλο, ώστε να μην χωράει να περάσει από τις φυσιολογικά στενότερες μοίρες της σάλπιγγας, είτε γιατί έχει δημιουργηθεί μια στένωση από συμφύσεις μέσα στον αυλό, είτε γιατί σε ένα τμήμα του αυλού έχει καταστραφεί το κροσσωτό επιθήλιο της σάλπιγγας, είτε ακόμη γιατί γίνεται μια στένωση του αυλού από γωνιακή κάμψη της σάλπιγγας (όπως σε οπίσθια κλίση και κάμψη της μήτρας μερικές φορές), τότε η τροφοβλάστη του γονιμοποιημένου ωαρίου με τη λυτική της ικανότητα εμφυτεύει το κύημα στο βλεννογόνο της σάλπιγγας.

Η κυριότερη αιτία της αργοπορίας του γονιμοποιημένου ωαρίου μέσα στη σάλπιγγα είναι η ύπαρξη συμφύσεων μεταξύ των πτυχών του βλεννογόνου του αυλού της σάλπιγγας και η καταστροφή του κροσσωτού επιθηλίου του αυλού της. Η δημιουργία αυτών των συμφύσεων οφείλεται κυρίως στις σαλπινγίτιδες. Επομένως ο γυναικολόγος πρέπει να έχει υπόψη του ότι τέτοιες συμφύσεις μπορούν να δημιουργηθούν σε κάθε γυναίκα που έχει περάσει μια φλεγμονή των σαλπίγγων γονοκοκκικής ή σηπτικής ή ακόμη και φυματιώδους αιτιολογίας (αν και η τελευταία συνεπάγεται συνήθως πλήρη απόφραξη του αυλού σε όλο το μήκος της) ή είχε παρουσιάσει επιλόχεια λοίμωξη, ή είχε υποστεί μια απόξεση για διακοπή της εγκυμοσύνης της είτε ένεκα ατελούς εκτρώσεως ή ακόμη και για διαγνωστικό σκοπό. Επίσης ωαγική εξωμήτριας κύηση μπορεί να συμβεί εάν έχει προηγηθεί μια πλαστική εγχείρηση των σαλπίγγων ή εάν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι είναι μακρότεροι και λεπτότεροι του συνήθους με αποτέλεσμα την έντονη οπίσθια κλίση και κάμψη της μήτρας, που μπορεί να προκαλέσει μια ψευδοαπόφραξη του αυλού της σάλπιγγας.

Αυτοί και πολλοί ακόμη άγνωστοι παράγοντες μπορούν να συνεργήσουν στη δημιουργία αυτής της νοσηρής ανατομικής παθήσεως.

Επίσης ο γυναικολόγος πρέπει να γνωρίζει και να το γνωστοποιεί στη γυναίκα, ότι η χρησιμοποίηση του ενδομητρικού σπειράματος ή του mini pill (προγεστερόνη) για αντισυλληπτικό σκοπό, επειδή και τα δυο επηρεάζουν τις περισταλτικές κινήσεις των σαλπίγγων, συνεπάγονται μεγαλύτερη συχνότητα ωαγωγικών εξωμήτριων κήσεων, όπως αποδείχθηκε από σχετικές έρευνες στην Αγγλία.

Επίσης πρέπει να γνωρίζει ο γυναικολόγος ότι σε ένα ποσοστό 7% η εξωμήτρια κύηση μπορεί να επαναληφθεί στην ίδια γυναίκα, που μπορεί όμως και ενδιάμεσα να έχει και φυσιολογική εγκυμοσύνη. Επίσης είναι δυνατό να συνυπάρχει εξωμήτρια και ενδομήτρια κύηση και στις δυο σάλπιγγες! Γι' αυτό συνίσταται να γίνεται πάντοτε έλεγχος και της άλλης σάλπιγγας. Αναφέρονται και περιπτώσεις αναπτύξεως του γονιμοποιηθέντος ωαρίου στο τυφλό κέρασ της μήτρας με εξωτερική μετανάστευση του σπερματοζωαρίου. Ο γυναικολόγος δεν πρέπει να ξεχνά ότι η εξωμήτρια κύηση είναι μια ύπουλη νοσηρή πάθηση, γι' αυτό και πολύ επικίνδυνη. Η προσεκτική λήψη και λεπτομερής μελέτη του ιστορικού της ασθενούς θα τον βοηθήσουν πάρα πολύ στην έγκαιρη διάγνωση. Το ιστορικό πρέπει να αναφέρεται ακόμη και σε λεπτομέρειες π.χ. εάν ποτέ η γυναίκα είχε παρουσιάσει υπογαστρικούς πόνους με πυρετό και κοιλική υπερέκκριση ή εάν παρατάθηκε η νοσηλεία στη κλινική μετά τον τοκετό της ή μίαν αποβολή της.

Η διαφορά της κλινικής εικόνας που δημιουργείται, αν το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτευτεί στο βλεννογόνο της κοιλότητας της μήτρας ή στο τοίχωμα του αυλού της σάλπιγγας, οφείλεται στην διαφορετική ανατομική κατασκευή των δύο αυτών οργάνων.

Το ενδομήτριο με τις δύο στιβάδες του, τη μητρική εσωτερικά και τη λειτουργική εξωτερικά, είναι, χάρις στην επίδραση των ωοθηκών ορμονών, αρκετά παχύ ώστε να μπορεί να εμφυτευτεί σ' αυτό με την τροφοβλάστη του το βλαστικό κυστίδιο. Η πολύ μικρή αιμόρροια που προκαλείται από τον τροφοβλάστη κατά την εμφύτευσή της στη λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου, σπανιότατα μπορεί να καταστρέψει το κύημα (έμβρυο). Επίσης μεταξύ της τροφοβλάστης και του μυομητρίου, παρεμβάλλεται η μητρική στιβάδα του ενδομητρίου, που εξουδετερώνει την περαιτέρω προς το βάθος διείσδυση της τροφοβλάστης.

Αντίθετα στη σάλπιγγα υπάρχει μόνο ένα πολύ λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού μεταξύ του επιθηλίου της σάλπιγγας και του λεπτού μυϊκού τοιχώματος αυτής. Επομένως είναι πολύ εύκολο η τροφοβλάστη, με τη λυτική της ικανότητα, να διαβρώσει και το μυϊκό τοίχωμα της σάλπιγγας, επειδή στερείται του αντενζύμου που εξουδετερώνει την λυτική ικανότητα της τροφοβλάστης. Έτσι η τροφοβλάστη μπορεί μαζί με την διάβρωση του επιθηλίου και του μυϊκού τοιχώματος να διαβρώσει και ένα μεγάλο αγγείο και τρυπώντας τελικά το περιτόναιο που περιβάλλει τη σάλπιγγα να εκθλιβεί το κύημα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα συνοδευόμενο με εσωτερική αιμορραγία.

Καθώς το γονιμοποιημένο ωάριο με την τροφοβλάστη του τρυπώνει μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της σάλπιγγας είναι φυσικό να συναντήσει όχι μόνο τριχοειδή αλλά και μεγαλύτερα αγγεία, τα οποία διαβιβρώσκονται και προκαλείται αιμορραγία μέσα στο μυϊκό τοίχωμα που περιβάλλει το βλαστικό κυστίδιο όπως επίσης και γύρω από το έμβρυο.

Το αίμα που χύνεται μπορεί να σπάσει το σάκο που περιβάλλει το έμβρυο και να προχωρήσει προς τον αυλό της σάλπιγγας. (intratubal rupture).

Επίσης μπορεί να διαβρώσει το τοίχωμα της σάλπιγγας προς την περιτοναϊκή κοιλότητα (extratubal rupture). Τελικά καμιά φορά αυτή η διάβρωση του μυϊκού τοιχώματος μπορεί να γίνει στην επιφάνεια εκείνη του μυϊκού τοιχώματος της σάλπιγγας, που βρίσκεται μεταξύ των δυο πετάλων του πλατέος συνδέσμου (ενδοσυνδεσμική ρήξη).

Συγχρόνως η εκκρινόμενη από την τροφοβλάστη γοναδοτροπίνη επιδρά πάνω στο ωχρό σωματίο και το διατηρεί σε λειτουργία. Το ωχρό σωματίο επομένως εξακολουθεί να εκκρίνει οιστρογόνα και προγεστερόνη και έτσι να διατηρείται το ενδομήτριο όπως και στην ενδομήτρια εγκυμοσύνη. Επίσης ολόκληρη η μήτρα παρουσιάζεται μαλακή και διογκωμένη σε μέγεθος 2^{ου} μήνα, με τον τράχηλο μαλακό, όπως στη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Εάν το κύημα νεκρωθεί, τότε παύει να εκκρίνεται από την τροφοβλάστη η γοναδοτρόπος ορμόνη, με αποτέλεσμα το ωχρό σωματίο να αρχίζει να υπολειτουργεί, υφιστάμενο υποστρόφους αλλοιώσεις. Έτσι σιγά - σιγά παύει και αυτό να εκκρίνει οιστρογόνα και προγεστερόνη, με τελικό αποτέλεσμα να αποπέσει ολόκληρο το ενδομήτριο σαν εκμαγείο της κοιλότητας της μήτρας ή κατά μικρά τεμαχίδια.

Γενικά στις πλείστες περιπτώσεις εξωμήτριου η σαλπινγική κύηση διακόπτεται με έναν από τους τρόπους που περιγράφηκαν, μεταξύ της 6^{ης} και 10^{ης} εβδομάδας από της τελευταίας εμμηνορρυσίας.¹

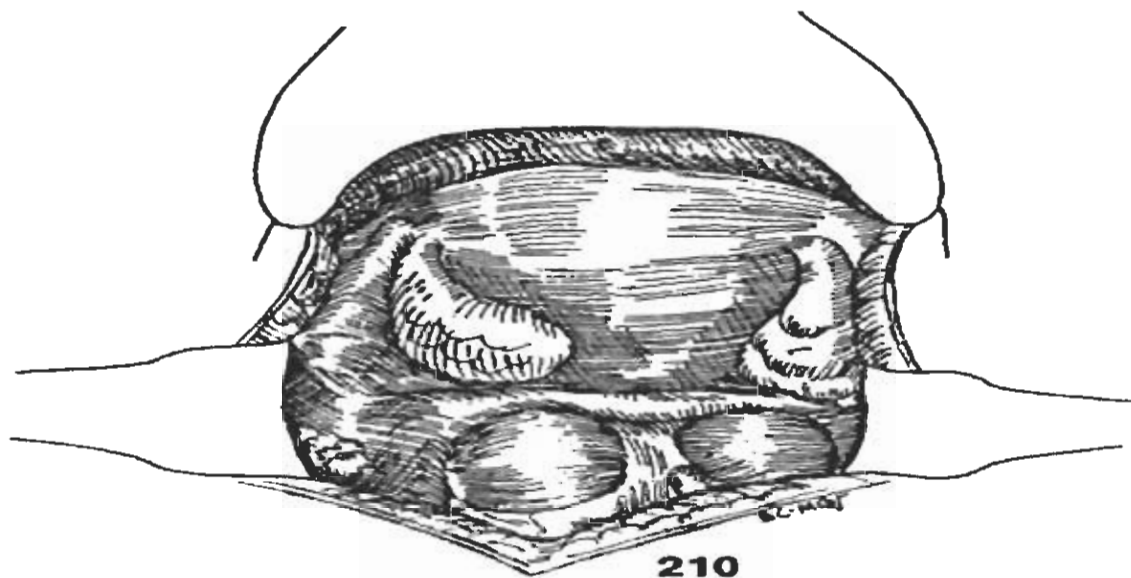
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΗΞΗ ΤΗΣ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ Η ΤΗΝ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΕΚΤΡΩΣΗ (1^ο ΣΤΑΔΙΟ)

Σ' αυτό το στάδιο, πριν εμφανισθεί οποιοδήποτε σύμπτωμα της εξωμήτριου κύησης, παρουσιάζονται μερικά από τα πιθανά σημεία της εγκυμοσύνης.

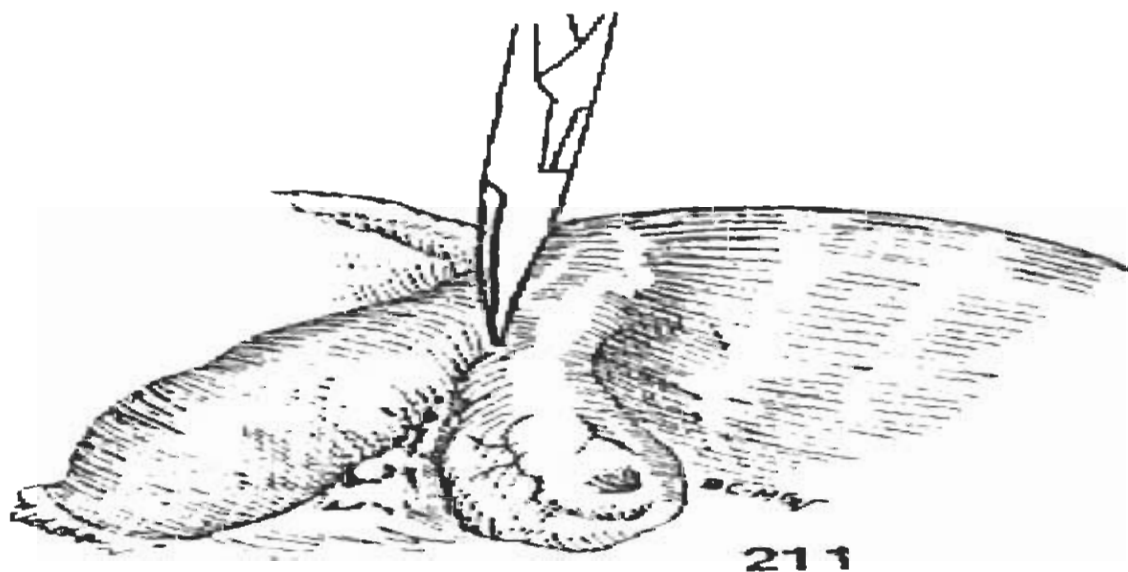
Από αυτά το πιο συχνά εμφανιζόμενο είναι η καθυστέρηση της εμμηνου ρύσεως. Η διάρκεια της καθυστέρησης της εμμηνου ρύσεως μέχρι της εμφάνισης των συμπτωμάτων της εξωμήτριου κύησης σχετίζεται με την ανατομική μοίρα της σάλπιγγας που εγκαταστάθηκε το κύημα. Πρέπει να σημειωθεί ότι καιιά φορά τα ενοχλήματα της εξωμήτριου κύησης μπορούν να εμφανισθούν κατά το χρονικό διάστημα της αναμενόμενης εμμηνου ρύσεως και καιιά πάλι φορά και πριν από αυτό. Το συνηθέστερο πάντως είναι ότι μετά μια μικρή καθυστέρηση της εμμηνου ρύσεως, η γυναίκα αρχίζει να παραπονείται για υπογαστρικούς πόνους και μικρή αιμόρροια από τη μήτρα. Αυτή η αιμόρροια είναι πάντοτε λιγότερη σε ποσότητα από τη συνήθη έμμηνη ρύση για την ίδια γυναίκα. Πρέπει όμως να έχει πάντοτε υπόψη του ο γυναικολόγος ότι μια εξωμήτρια κύηση 6 - 8 εβδομάδων αποκλείεται να μη δίνει υποκειμενικά ενοχλήματα στη γυναίκα. Επίσης ότι εάν παραπονείται για αβληγρά πονάκια υπογαστρικά και εμφανίζει και υγρά, χρώματος λίγο ροζέ, τότε μάλλον πρόκειται για ενδομήτρια κύηση, ενώ εάν παραπονείται για εντονότερους πόνους και μικρή αιμόρροια, τότε πιθανότατα πρόκειται για εξωμήτρια κύηση. Επίσης σχεδόν πάντοτε οι πόνοι προηγούνται της αιμόρροιας κατά την εξωμήτριο και στη συνέχεια της αιμόρροιας είναι δυνατό να αποπέσει το ενδομήτριο ολόκληρο σαν εκμαγείο και, εάν αυτό δεν εξετασθεί ιστολογικά, να θεωρηθεί ότι είναι

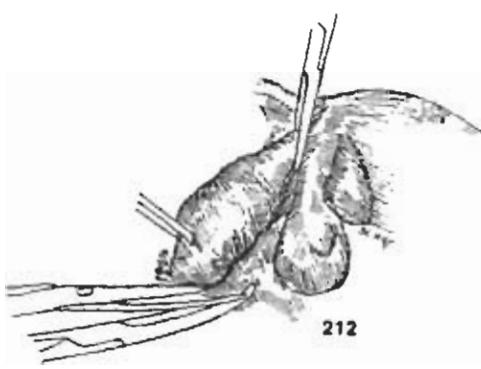
το κύημα, και επομένως ότι πρόκειται περί ατελούς εκτρώσεως! Επίσης η αιμόρροια μπορεί να συνοδεύεται από εμφανή τεμαχίδια ενδομητρίου. Πρέπει ακόμη να αναφερθεί ότι, εάν δεν παρουσιάζεται αιμόρροια στην εξωμήτρια κύηση, τούτο σημαίνει ότι το έμβρυο ζει. Αν το κύημα εμφυτευτεί στη ληκυθική μοίρα (47%) της σάλπιγγας, που είναι πιο ευρύς ο αυλός της και πιο συχνή η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου, η ρήξη μπορεί να συμβεί και μέχρι τη 12^η εβδομάδα από της τελευταίας εμμήνου ρύσεως. Εάν το γονιμοποιημένο ωάριο με τη τροφοβλάστη του εμφυτευτεί στην ισθμική μοίρα (27%) της σάλπιγγας, που είναι και η στενότερη μοίρα του, αυλού της σάλπιγγας πλην της διάμεσης μοίρας, τότε η ρήξη της σάλπιγγας είναι συχνότερη από τη σαλπινγική έκτρωση και θα γίνει ποιο σύντομα, και μάλιστα γύρω από τη 2^η εβδομάδα από της γονιμοποιήσεως του ωαρίου. Έτσι η μικρή αιμόρροια που παρουσιάζεται από τον κόλπο έπειτα από καθυστέρηση μερικών ημερών μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι η αναμενόμενη έμμηνη ρύση! Εάν το γονιμοποιημένο ωάριο με την τροφοβλάστη του εμφυτευθεί στη διάμεση η ενδοτοιχωματική μοίρα της σάλπιγγας, τότε η ρήξη μπορεί να παρουσιασθεί και μέχρι τη δέκατη έκτη (16) εβδομάδα! Σε μια αιφνίδια ρήξη της σάλπιγγας η γυναίκα μπορεί να πεθάνει σε λίγες ώρες από εσωτερική αιμορραγία, χωρίς να εμφανισθεί αιμόρροια από τη μήτρα, γιατί δεν πρόλαβε να μεσολαβήσει το απαιτούμενο χρονικό διάστημα από του θανάτου του κυήματος, για να υποστεί τις υποστρόφους αλλοιώσεις το ωχρό σωμάτιο και υποπλασσόμενο να υπολειουργήσει. Η πιο συχνή εικόνα της εξωμήτριου εμφανίζεται με τις επαναλαμβανόμενες δυνατές κρίσεις πόνων με ή χωρίς λιποθυμική κατάσταση. Οι πόνοι οφείλονται στη διάταση του τοιχώματος της σάλπιγγας και το διαχωρισμό της μυϊκής στιβάδας της σάλπιγγας από το αίμα που αθροίζεται, αλλά επίσης οφείλεται και στις έντονες περισταλτικές κινήσεις του τοιχώματος της σάλπιγγας, που προσπαθεί να

αποβάλει το περιεχόμενό της. Ο έντονος όμως πόνος, σαν <<μαχαίρι>>, όπως πολύ συχνά περιγράφεται από πολλές γυναίκες, οφείλεται στη ρήξη του τοιχώματος της σάλπιγγας και η λιποθυμική κατάσταση στην εισροή αίματος μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, που σημαίνει ελάττωση του κυκλοφορούντος αίματος.¹

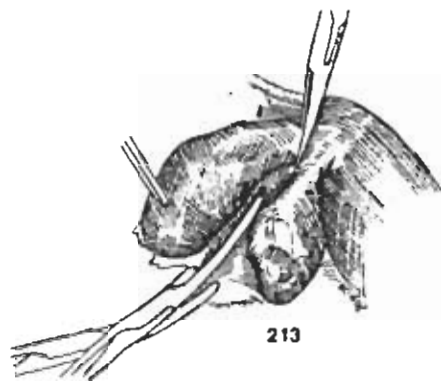


εικο.απο 3

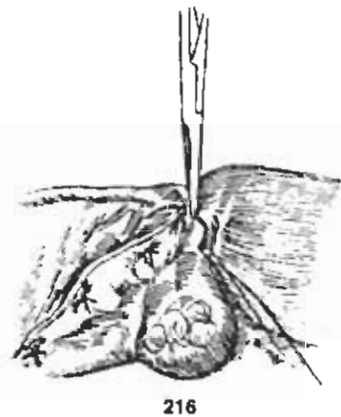
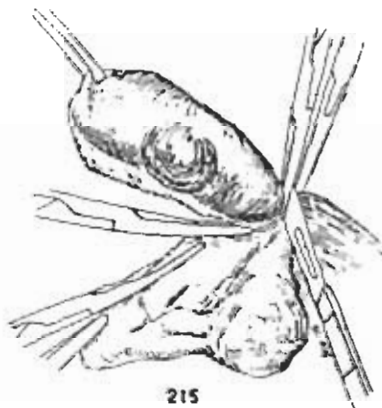
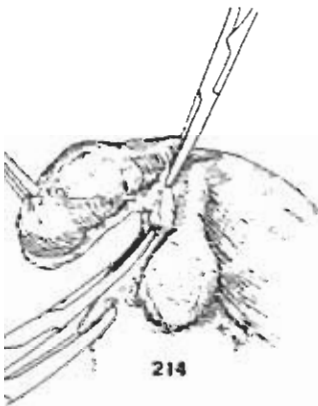




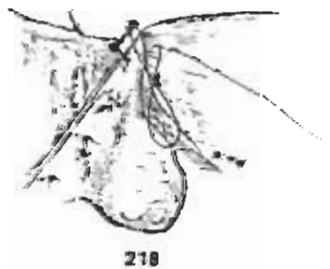
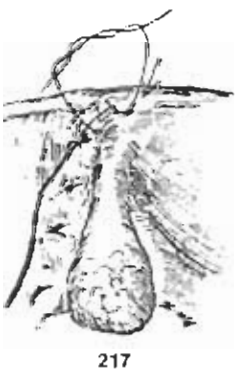
ΕΙΚ. 212. Απολίρωση του μεσασάλπιγγου.



ΕΙΚ. 213. Περαιτέρω απολίρωση του μεσασάλπιγγου



ΕΙΚ. 214, 215 και 216. Συνέχιση της απολίρωσης του μεσασάλπιγγου μέχρι την πλευρά της μήτρας.



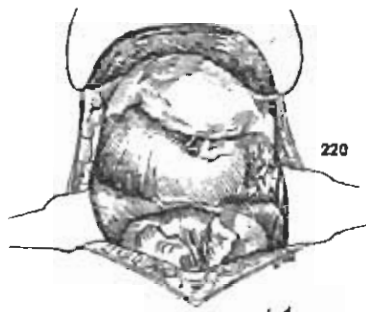
ΕΙΚ. 217, 218 και 219. Εξοκάλυψη του τόμου της μήτρας

εικ. από 4

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΡΗΞΗ ΤΗΣ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ Η ΤΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΕΚΤΡΩΣΗ (2^ο ΣΤΑΔΙΟ)

Σε όλες της περιπτώσεις παρέρχεται ένα χρονικό διάστημα, συνοδευόμενο σχεδόν πάντοτε από αμηνόρροια, το οποίο η τροφοβλάστη του βλαστικού κυστιδίου χρειάζεται για να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στο τοίχωμα της σάλπιγγας και τελικά να το τρυπήσει, για να έχουμε τα συμπτώματα από την ρήξη μεγάλου αγγείου του τοιχώματος της σάλπιγγας ή της ωαγωγικής εκτρώσεως. Η διάτρηση συμβαίνει γιατί, η κατασκευή του βλεννογόνου και του τοιχώματος της σάλπιγγας είναι τέτοια ώστε να μη μπορεί να εξουδετερώσει τη λυτική ικανότητα της τροφοβλάστης του γονιμοποιημένου ωαρίου.

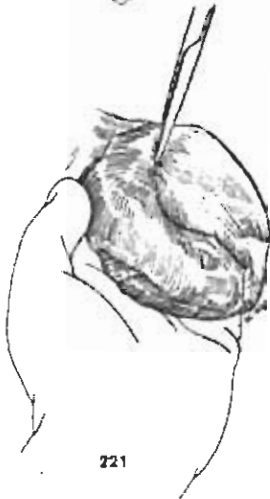
Έτσι η τροφοβλάστη θα προκαλέσει όχι μόνο διάβρωση των τριχοειδών αγγείων, αλλά και ρήξη μεγαλύτερων αγγείων του τοιχώματος της σάλπιγγας, με τελικό αποτέλεσμα την τοπική αιμορραγία τη μερική ρήξη των μυϊκών ινών του τοιχώματος της σάλπιγγας και του σάκου που περιβάλλει το έμβρυο και την έκθλιψη του κυήματος δια του αυλού προς την περιτοναϊκή κοιλότητα με συνοδεία αιμορραγίας (ωαγωγική έκτρωση) ή τη διάτρηση του τοιχώματος της σάλπιγγας και του περιβάλλοντος αυτήν περιτοναίου (ρήξη σάλπιγγας) με έξοδο αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Η γυναίκα στο στάδιο αυτό θα αισθανθεί ένα οξύ διαξιφιστικό άλγος, πόνο στο σύστοιχο της σάλπιγγας υπογάστριο και θα εμφανίσει συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας ως και μικρή πολλές φορές αιμόρροια από τον κόλπο. Για να γίνουν αυτά απαιτείται ένα χρονικό διάστημα, γύρω στις 4 εβδομάδες μετά την εμφύτευση του κυήματος στο τοίχωμα της σάλπιγγας, την διόγκωσή της και τελικά τη ρήξη της.¹



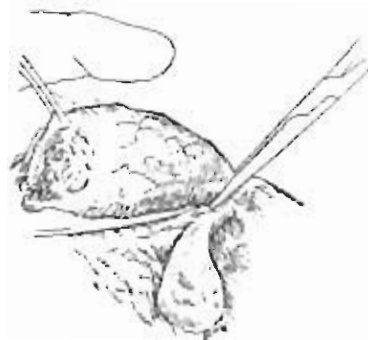
ΕΙΚ. 220. Ἡ αιμορραγία καὶ ὁ κάτωτος βαθμὸς shock απαιτοῦν αὐστηρὴ ἀποφυγὴ περιττῶν χρόνων κατὰ τὴν ἐπέμβαση καὶ ἐπίσης ταχέα καὶ τὴν ὅσο το δυνατόν μικρότερη ἀπώλεια αἵματος κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ἔγχειρήσεως.

Ἡ σάλπιγγα ποῦ ἔχει προσδληθεῖ (ἀριστερά) εἶναι κολυπημένη μὲ πρόσφατες συμφύσεις λόγω τῆς αιμορραγίας μέσα στο διαγλάσιο.

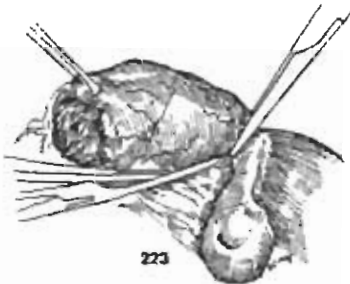
Ἡ μετάγγιση αἵματος, πλάσματος ἢ ἡ ἐνδοκφλέδαι χορήγηση ἄλλων ὑγρῶν δὲν πρέπει νὰ ἀρχίσαι πρὶν νὰ ἀρχίσαι ἡ ἐπέμβαση, ὥστε νὰ ἀποφύγομε τὴν αἰξηση τῆς πίεσεως καὶ περισσότερη αιμορραγία, πρὸς τοῦ νὰ κλείσασιν τὰ ἀγγεῖα τοῦ αἰμορραγούντος μὲ αἰμοστατικὲς λαβίδες.



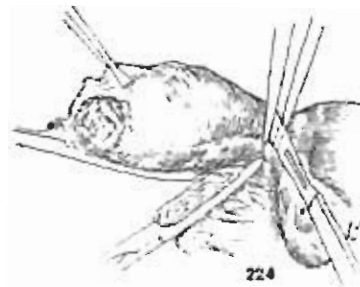
ΕΙΚ. 221. Τὸ ἄκρο τοῦ ὠαγωγῶ ποῦ θρῖσκειται πρὸς τὴν πλευρὰ τῆς μήτρας μαζί μὲ τὰ αἰμοφόρα ἀγγεῖα του συλλαμβάνεται γρήγορα μὲ μία λαβίδα καὶ ἡ μάζα τοῦ ὠαγωγῶ ἀπελευθερώνεται γρήγορα καὶ σέρεται ἔξω ἀπὸ τὸ ἐγχειρητικὸ πεδίο μὲ τὰ δάκτυλα.



ΕΙΚ. 222. Τὸ μεσοσαλπιγγια ἀλλάσσάναται μὲ λαβίδες.

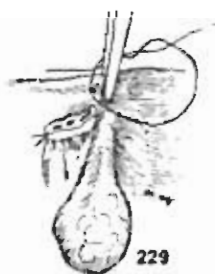
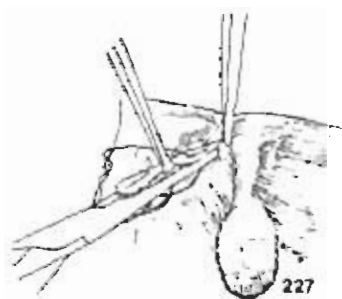
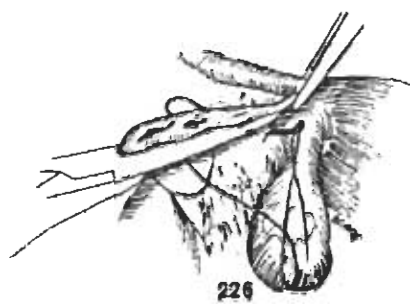
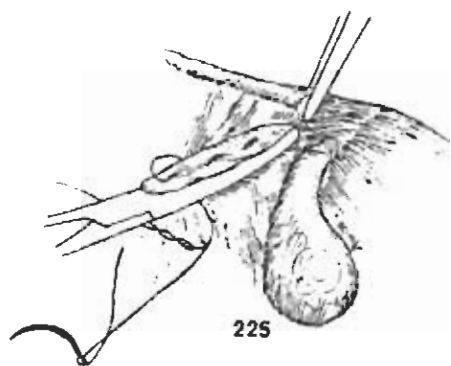


ΕΙΚ. 223. Τοποθετοῦνται βοηθητικὲς αἰμοστατικὲς λαβίδες.



ΕΙΚ. 224. Γίνεται χορήγηση ἐκτομῆ τῆς σάλπιγγας.

ΕΙΚΟ.ΑΠΟ 4

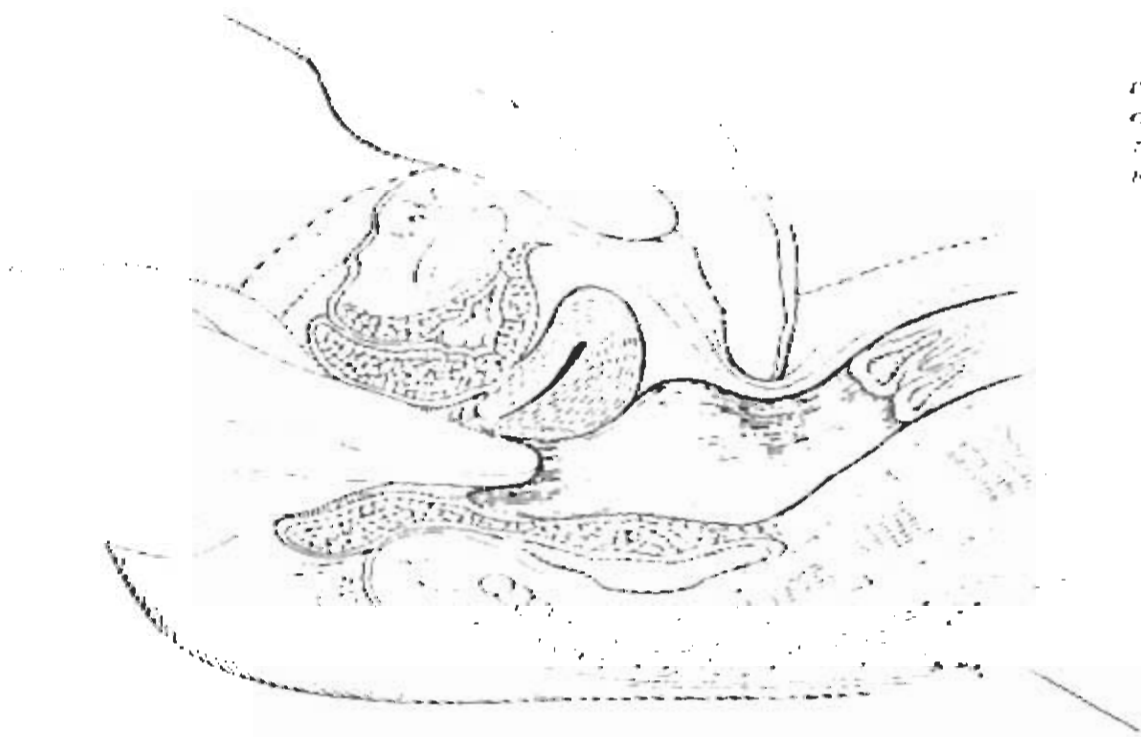


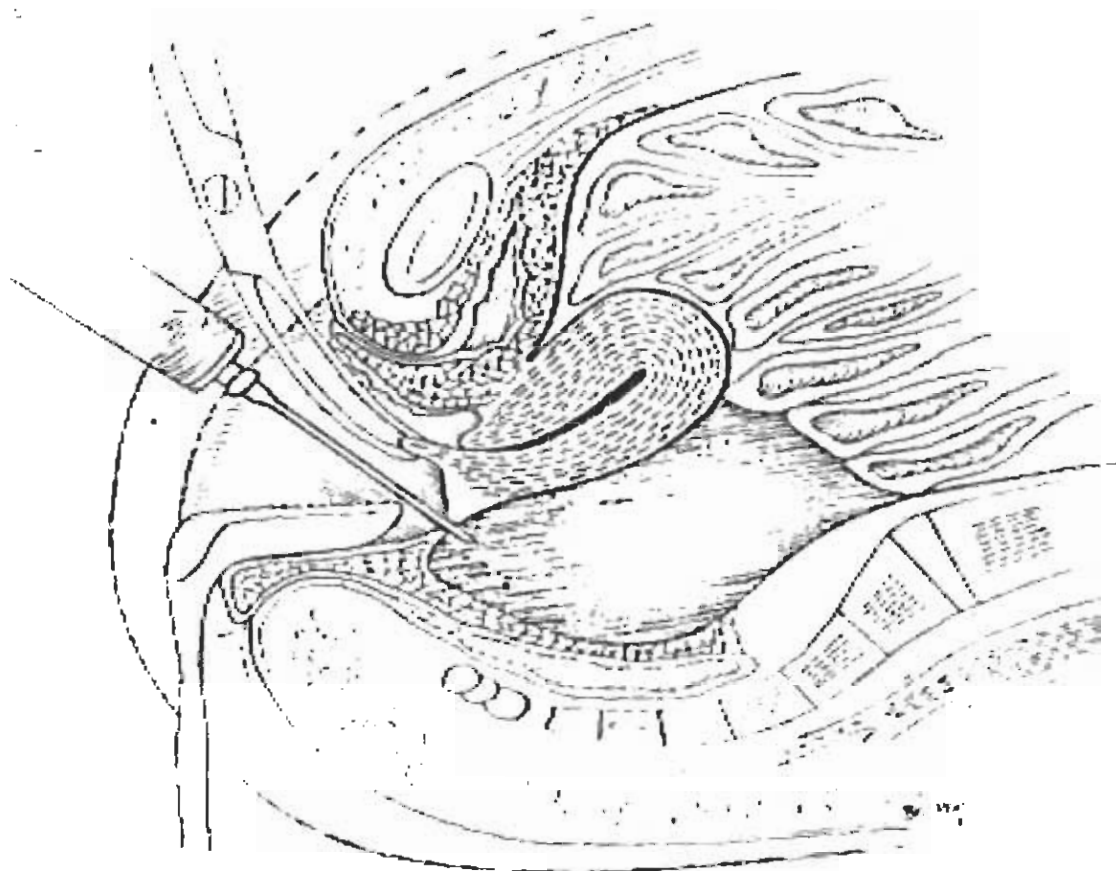
εικ. από 4

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ Η ΤΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΕΚΤΡΩΣΗ (3^ο ΣΤΑΔΙΟ).

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η γυναίκα παρουσιάζει αβληχρούς πόνους και μικρή αιμόρροια από τον κόλπο.

Κατά την κολπική εξέταση διαπιστώνεται πόνος κατά τη μετακίνηση του τραχήλου και η ύπαρξη ενός ζυμώδους όγκου στο δουλάσειο.⁴





εικ. από 4

ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΜΥΛΗ.

Το βλαστικό κυστίδιο με την τροφοβλάστη του εμφυτεύεται μέσα στις πτυχές του βλεννογόνου του αυλού της σάλπιγγας. Η τροφοβλάστη διαβιβρώσκει τα τριχοειδή αγγεία του βλεννογόνου της σάλπιγγας και προκαλεί μικρή αιμόρροια. Το αίμα αθροίζεται γύρω από το έμβρυο και το θανατώνει. Το έμβρυο αυτό περιβαλλόμενο από αιματοπήγματα ονομάζεται σαλπινγική μύλη. Το αίμα αθροιζόμενο μέσα στη σάλπιγγα σχηματίζει μια σκληρή διόγκωση, διαμέτρου γύρω στα 3 εκατοστά, ψηλαφητή πολλές φορές (σαλπινγική σαρκώδης μύλη). Η διατομή μιας

τέτοιας σάλπιγγας παρουσιάζει ένα παχύ στρώμα από αιματοπήγματα, που περιέχει εκφυλισμένα χοριακά στοιχεία και αποκολλημένα και περιβάλλει τον αμνιακό σάκο, που συχνά εμπεριέχει ένα μικρό έμβρυο.

Μια γυναίκα με σαλπιγγική μύλη θα παραπονείται για πυελικούς πόνους, ενοχλήσεις, στενοχώρια και θα παρουσιάζει σκούρο αίμα από τη μήτρα.

Κατά τη γυναικολογική εξέταση η μήτρα θα βρεθεί λίγο μεγαλύτερη του φυσιολογικού και στο οπίσθιο πλάγιο της πυέλου μια διογκωμένη σάλπιγγα, διαμέτρου γύρω στα 3 εκατοστά. Εάν αυτή η μύλη παραμείνει στη σάλπιγγα, μπορεί να απορροφηθεί ή σπανίως να φλεγμανθεί. Εάν δεν επισυμβεί σαλπιγγική έκτρωση ή ρήξη της σάλπιγγας, δεν υπάρχει σχεδόν κανένας κίνδυνος για την γυναίκα.

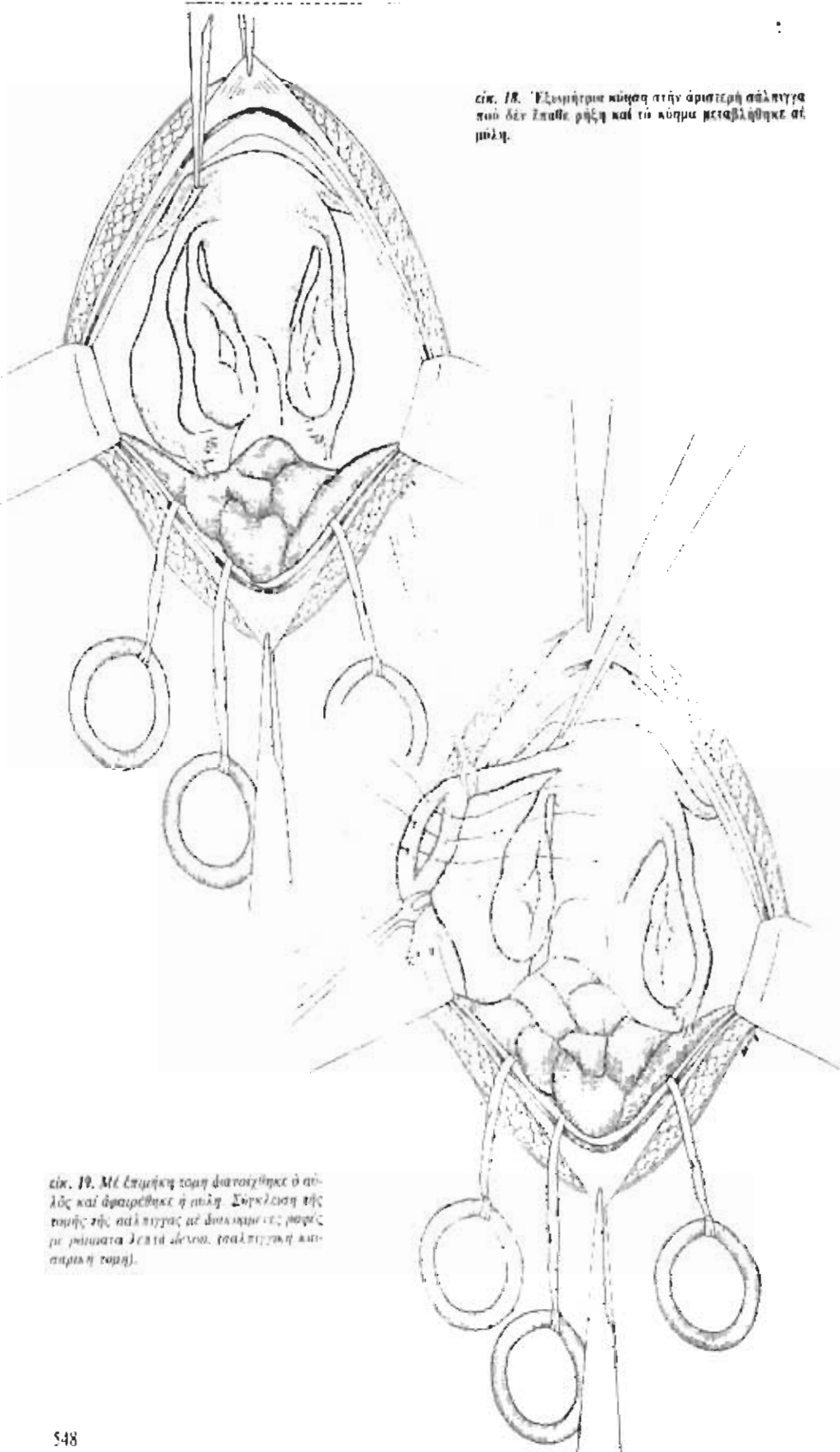
Αυτό μπορεί να συμβεί εάν το γονιμοποιημένο ωάριο εγκατασταθεί στην ληκυθική μοίρα της σάλπιγγας, ενώ εάν εγκατασταθεί στην ισθμική μοίρα της σάλπιγγας, η διάβρωση και η ρήξη της σάλπιγγας είναι ταχύτερη, οπότε τρυπάει το τοίχωμα της σάλπιγγας και το περιτόναιο που την περιβάλλει και εξέρχεται το κύημα μαζί με άφθονο αίμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Όταν δημιουργηθεί η αιματοσάλπιγγα, η διόγκωσή της προκαλεί στη γυναίκα έναν αμβλύ πόνο που εντοπίζεται στο υπογάστριο χαμηλά δεξιά ή αριστερά. Όσο η αιμόροια μέσα στη σάλπιγγα παρατείνεται, τόσο και η διόγκωσή της αυξάνεται και έτσι η γυναικολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει μια διογκωμένη ευαίσθητη ή επώδυνη σάλπιγγα με τεταμένο το τοίχωμά της, εντοπιζόμενο δεξιά ή αριστερά του σώματος της μήτρας.

Αυτή η διόγκωση εκδηλώνεται και με ελαφρούς πόνους στη θέση της πάσχουσας σάλπιγγας, που οφείλονται στον έντονο περισταλτισμό της σάλπιγγας για να αποβάλλει το περιεχόμενό της. Σ' αυτό το χρονικό διάστημα πολλά μπορούν να συμβούν και κάθε ένα από αυτά έχει και την δική του κλινική εικόνα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο γυναικολόγος ότι η σαλπγγική κύηση στην αρχή δεν είναι ψηλαφητή, γιατί το αίμα δεν έχει οργανωθεί μέσα στην σάλπιγγα. Σ' αυτό το χρονικό διάστημα συνήθως το έμβρυο, όπως εξηγήσαμε προηγουμένως, υποκύπτει (μύλη) και η τροφοβλάστη του χάνει τη διαβρωτική της ικανότητα με αποτέλεσμα την εμφάνιση της αιμόρροιας από τη μήτρα. Εάν η μύλη παραμένει στη σάλπιγγα, μπορεί να απορροφηθεί ή πολύ σπάνια να φλεγμανθεί

Πριν από αυτά το μόνο πυελικό εύρημα που μπορεί να αποκαλύψει η γυναικολογική αμφίχειρη εξέταση είναι η τοπική τάση του τοιχώματος της διογκωμένης σάλπιγγας και ο πόνος που προκαλείται, όταν ο εξετάζων δάκτυλος μετακινεί τον τράχηλο. Τούτο οφείλεται στο τέντωμα που προκαλείται, κατά τη μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας με το δάκτυλο, στη διογκωμένη σάλπιγγα. Το νεκρό κύημα με τα αιματοπήγματα δρούν ερεθιστικά στο τοίχωμα της σάλπιγγας, το οποίο με τις περισταλτικές του κινήσεις αποβάλλει το περιεχόμενό της δια του κωδωνικού στομίου μέσα στο δουλγάσειο. Οι περισταλτικές αυτές κινήσεις γίνονται υποκειμενικά αισθητές από τη γυναίκα σαν ελαφροί κωλικοί στη σύστοιχη πάσχουσα σάλπιγγα. Ενώ το εκχυνόμενο αίμα στη περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί, αντανακλαστικά πολλές φορές, μια σύσπαση στη σύστοιχη υπογαστρική χώρα. Τελικά το λίγο αυτό αίμα με το νεκρό έμβρυο θα απορροφηθούν χωρίς μεγάλες κλινικές εκδηλώσεις.

Πόσο συχνά μπορούν να συμβούν αυτά είναι άγνωστο, ποτέ όμως δεν πρέπει να ελπίζει ο γυναικολόγος σε μια τέτοια έκβαση! ¹



είκ. 18. Έξωμήτρου κήλη στην άριστερή σάλπιγγα που δέν έπαθε ρήξη και το κύημα μεταβλήθηκε σε μύλη.

είκ. 19. Με έπιμήκη τομή διατομήθηκε ο σάκος και άφαιρέθηκε η αυλή. Συγκόλιση της τομής της σάλπιγγας με άνοιγμα σε 2; ραφές με ριζιώματα λεπτά άκνισα. τοσάλπιγγωη και σπυρική τομή.

Το κύημα είναι εμφυτευμένο μέσα στο τοίχωμα της σάλπιγγας και προβάλλει στον αυλό της περιβεβλημένο από το βλεννογόνο και από μερικές μυϊκές ίνες αυτής. Εάν αυτό το περίβλημα που προβάλλει μέσα στον αυλό της σάλπιγγας ραγεί, τότε ο αυλός θα γεμίσει με αίμα που θα διοχετευθεί δια του κώδωνος της σάλπιγγας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το αίμα ποτέ δεν διοχετεύεται προς τη κοιλότητα της μήτρας.

Οι περισταλτικές κινήσεις της σάλπιγγας μπορεί να ξεκολλήσουν το κύημα ολόκληρο ή ένα μέρος απ' αυτό και να το εκθλίψουν δια του κώδωνος στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Το έμβρυο, είτε αποκολληθεί και εκθλίβει ολόκληρο το κύημα, είτε αποκολληθεί ένα μέρος του, θα αποθάνει και θα μεταβληθεί σε μύλη.

Εάν η αιμορραγία είναι μικρή, το αίμα πήζει γύρω από τον κώδωνα της σάλπιγγας σχηματίζοντας τη **περικωδωνική αιματοκήλη**. Εάν όμως είναι μεγαλύτερη, τότε αθροίζεται πιο πολύ αίμα μέσα στο δουγλάσειο και δημιουργείται η **περισαλπιγγική αιματοκήλη**, με υποκειμενικά συμπτώματα της γυναίκας πιο έντονα. Οι πόνοι είναι οξύτεροι και η σύσπαση των μυών του υπογαστρίου πιο φανερή. Η γυναικολογική αμφίχειρη εξέταση θα αποκαλύψει και μια ψηλαφητή μάζα στο δουγλάσειο, **την αιματοκήλη**.

Η επιφάνεια αυτής της αιματοκήλης καλύπτεται από το μείζον επίπλουν και συμφύεται με έλικες του λεπτού εντέρου. Προς τα εμπρός η επιφάνεια της αιματοκήλης ευρίσκεται σε επαφή με την οπίσθια επιφάνεια της μήτρας, τους πλατείς συνδέσμους και την ουροδόχο κύστη. Η περισαλπιγγική αιματοκήλη, εφόσον το αίμα είναι λίγο, ευρίσκεται εγκυστωμένη προς το μέρος της πάσχουσας σάλπιγγας. Εάν όμως η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη και συνεχίζεται έστω και με

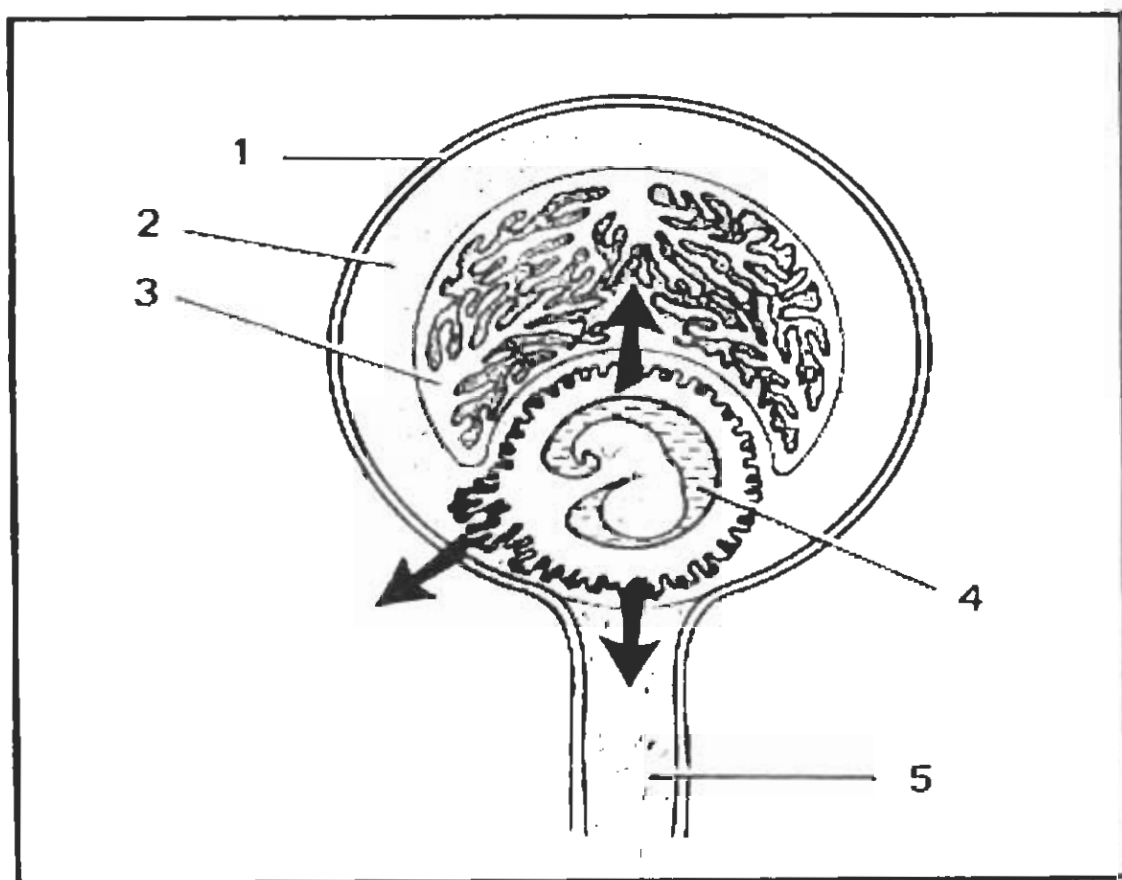
περιοδικές μικρές ποσότητες, τότε είναι δυνατό να δημιουργηθεί ένας πολύ μεγαλύτερος όγκος μέσα στην πύελο, τα ευρήματα και τα συμπτώματα της εσωτερικής αιμορραγίας να είναι πιο έκδηλα και το αίμα να φθάσει και στο κατώτερο μέρος του πρόσθιου υπογαστρικού τοιχώματος.

Το έδαφος αυτής της αιματοκήλης απαρτίζεται από τον ορθοκολικό θόλο, ενώ η οπίσθια επιφάνειά της έρχεται σε επαφή με το ορθό και το οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου, εκατέρωθεν του ορθού. Το αίμα ωθεί τη μήτρα προς τα εμπρός, προς την ηβική σύμφυση, το εφηβαίο και την ουροδόχο κύστη και μπορεί να γίνει αιτία επισχέσεως των ούρων (1%). Εάν δημιουργηθεί ένας μεγάλος όγκος από αιματοπήγματα, τότε το υπογάστριο κατά την εξέταση βρίσκεται τεταμένο και διογκωμένο και η επίκρουση αυτού δίδει συχνά ένα χαρακτηριστικό ήχο και στην ψηλάφησή του ένα χαρακτηριστικό κριγμό, σημεία πολλές φορές χρήσιμα για τη διαφορική διάγνωση.

Με την εξέταση από τον κόλπο ο τράχηλος βρίσκεται απωθημένος προς τα εμπρός και καμιά φορά τόσο ψηλά, ώστε δεν φθάνει να τον ψηλαφίσει ο εξετάζων από το κόλπο δάκτυλος. Ο δουγλάσειος βρίσκεται κατειλημμένος από έναν όγκο με τάση, ο οποίος μπορεί να προβάλλει δια του οπίσθιου κοιλικού θόλου στον κόλπο. Εάν ο τράχηλος είναι σπρωγμένος πολύ προς τα πάνω, μπορεί να παρουσιασθεί και επίσχεση των ούρων, λόγω της επιμηκύνσεως της ουρήθρας. Αργότερα, όταν αρχίσει η απορρόφηση του αίματος, επέρχεται συρρίκνωση της αιματοκήλης και μέσα στο δουγλάσειο ψηλαφάτε μια μάζα με σχήμα το εκμαγείο του δουγλάσειου και με ιδιόζουσα υφή, ανώμαλη σύσταση και ασαφή όρια προς τα άνω. Με αυτά τα κλινικά ευρήματα η διάγνωση είναι εύκολη και η εγχείρηση άμεση.

Εάν η ασθενής γυναίκα δεν χειρουργηθεί, υπάρχει πιθανότητα το αιμάτωμα αυτό, εάν δεν είναι ιδίως πολύ μεγάλο, να απορροφηθεί, αλλά

με πολύ βραδύ ρυθμό και σε μεγάλο χρονικό διάστημα, κατά το οποίο η γυναίκα θα αισθάνεται πολύ άσχημα, θα παραπονείται για υπογαστρικά ενοχλήματα, ενώ θα συνεχίζονται επί μακρόν τα αιματηρά υγρά. Μερικές φορές η αιματοκήλη αυτή μπορεί να φλεγμανθεί, οπότε θα προστεθεί και πυρετός και, αν διατηρηθεί, θα χρειασθεί κολποτομία.¹



Σαλπγγική εγκυμοσύνη

1. Περιτόναιο, 2. Μυϊκό τοίχωμα, 3. Βλεννογόνος.
4. Εμβρυϊκός σάκος, 5. Πλατύς σύνδεσμος. Τα βέ-
λη δείχνουν την κατεύθυνση της ρήξης.

(Ten Teachers)

εικο.απο 8

ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΡΗΞΗ

Το βλαστικό κυστίδιο με την λυτική ιδιότητα της τροφοβλάστης του εμφυτευμένο στο τοίχωμα της σάλπιγγας διαβιβρώσκει, εκτός από τα μικρά τριχοειδή αγγεία, και κάποιο μεγαλύτερο αγγείο και τελικά τρυπάει το τοίχωμα της σάλπιγγας μαζί με το περιτόναιο που την περιβάλλει, προκαλώντας έτσι αιμορραγία μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Σ' αυτή τη ρήξη του τοιχώματος συμβάλλει και η αυξημένη ενδοαυλική πίεση μέσα στη σάλπιγγα. Η ρήξη του τοιχώματος της σάλπιγγας συμβαίνει ποιο συχνά και ποιο σύντομα από της εμφυτεύσεις του κήματος, όταν τούτο εγκαθίσταται στην ισθμική μοίρα της σάλπιγγας, που δεν υπάρχει πολύς ιστός για να εξυπηρετήσει το κήμα. Αντίθετα, όταν το κήμα εγκατασταθεί στη ληκυθική μοίρα της σάλπιγγας, που οι συνθήκες είναι καλύτερες από ότι στην ισθμική μοίρα, συμβαίνει πιο συχνά και αργότερα από της εμφυτεύσεως του κήματος σαλπγγική έκτρωση. Εάν το ραγέν αγγείο είναι μεγάλο, η αιμορραγία μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι μεγάλη και εύκολα κλινικός μπορεί να διαγνωσθεί. Γενικά το μέγεθος της αιμορραγίας είναι πολύ ποιο μεγάλο στη ρήξη της σάλπιγγας παρά στη σαλπγγική έκτρωση.

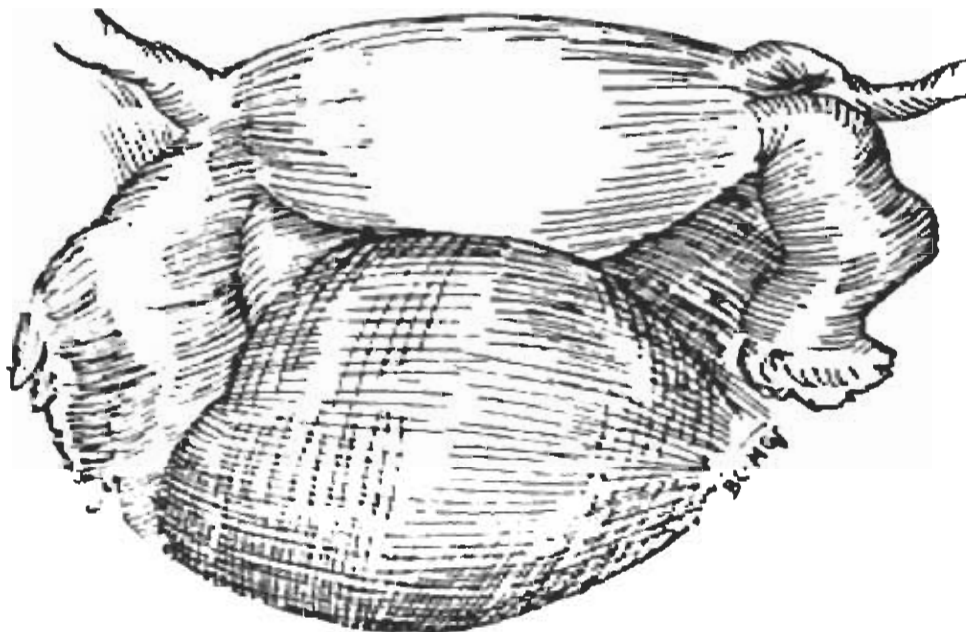
Η ρήξη του τοιχώματος της σάλπιγγας και του μεγάλου αγγείου έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη αιμορραγία μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, όπου εκθλίβεται και το κήμα . Σε κάθε ρήξη το έμβρυο πεθαίνει.

Σπανιότατα αίμα και κήμα μπορούν να μαζευτούν μέσα στο μεσοσαλίγγιο.

Η γυναίκα αιφνίδια καταλαμβάνεται από οξύ διαξιφιστικό άλγος <σαν μαχαιριά > στο ένα πλάγιο του υπογαστρίου, όπως συχνά περιγράφεται από την ίδια την γυναίκα, έντονο αιμορραγικό shock και απώλεια της συνειδήσεως. Παρουσιάζεται ωχρή και η αρτηριακή της πίεση είναι πολύ

χαμηλή. Ο σφυγμός είναι ασθενής, μικρός και συχνός (120-140 στο λεπτό). Η ασθενής είναι πολύ ανήσυχη, παρουσιάζει δύσπνοια και παραπονείται για δίψα . Το δέρμα του προσώπου της είναι ωχρό και κίτρινο και μερικές φορές το δέρμα της παρουσιάζεται γλοιώδες και ψυχρό. Η θερμοκρασία συχνά εμφανίζεται κατώτερη του φυσιολογικού. Κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς το υπογάστριο εμφανίζεται ελαφρά διογκωμένο με διάχυτη τάση και πάρα πολύ ευαίσθητο, κατά την επίκρουση δε μπορεί να εμφανίζει αμβλύτητα. Εάν το αίμα έλθει σε επαφή με το διάφραγμα, τότε η ασθενής αναφέρει πόνο στις ωμοπλάτες, που οφείλεται στο υποδιαφραγματικό ερεθισμό και αποτελεί παθognωμονικό σημείο, όπως παθognωμονικό σημείο αποτελεί και το σπάνια εμφανιζόμενο περιομφαλικό αιμάτωμα του Culleu.

Με την κοιλική εξέταση μπορεί να βρεθεί μια πληρότητα του δουγλάσειου αλλά, γενικά, είναι αδύνατον να καθορισθεί με ακρίβεια η επικρατούσα κατάσταση στο δουγλάσειο, ένεκα της συσπάσεως του υπογαστρίου. ¹



εικ. από. 1

ΣΑΛΠΙΓΓΟ-ΩΟΘΗΚΙΚΗ

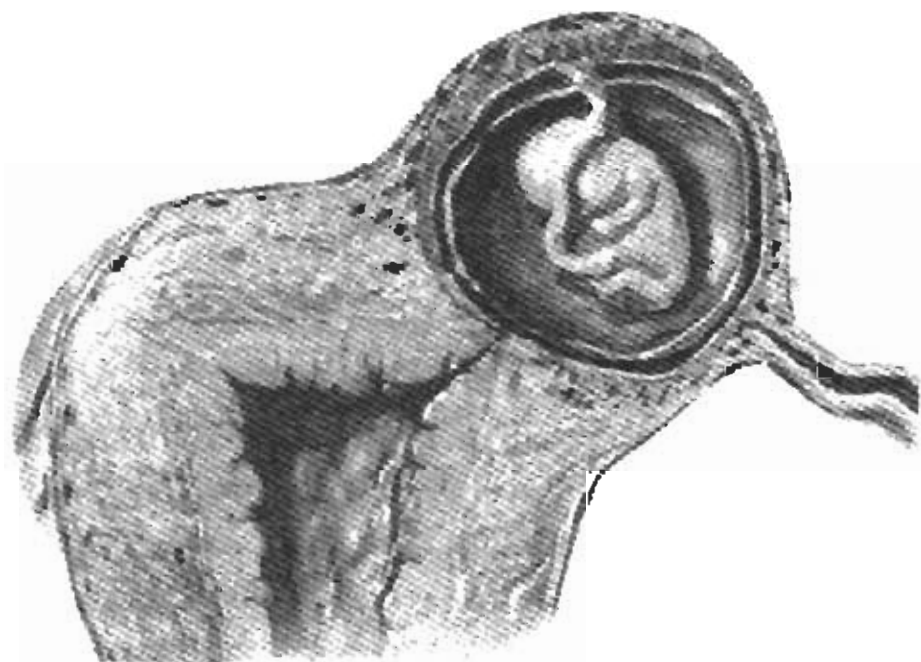
Όταν η εμφύτευση συμβεί ανάμεσα στους κροσσούς της σάλπιγγας και στην επιφάνεια της ωοθήκης.¹⁰

ΣΑΛΠΙΓΓΟ-ΚΟΙΛΙΑΚΗ

Όταν η εμφύτευση συμβεί ανάμεσα στη σάλπιγγα και στο περιτοναϊκό της κοιλίας.¹¹

ΔΙΑΜΕΣΗ

Όταν αφορά στο τμήμα εκείνο της σάλπιγγας, που περνάει μέσα απο το τοίχωμα της μήτρας, για να φτάσει στην ενδομήτρια κοιλότητα.⁸



Διάμεση εγκυμοσύνη

εικο.απο.8

ΚΡΟΣΣΙΚΟΙ

Όταν αφορά το περιτοναϊκό στόμιο της σάλπιγγας που βρίσκονται οι κροσσοί του κώδωνα.⁸

ΕΝΔΟΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΡΗΞΗ

Σ' αυτή τη μορφή ρήξης, αίμα και προϊόντα της σύλληψης βρίσκονται μέσα στο σαλπιγγικό αυλό. Το αίμα εξέρχεται από το περιτοναϊκό στόμιο της σάλπιγγας. Αν η σύλληψη έγινε στη λήκυθο, όπως συμβαίνει τις περισσότερες φορές, η ενδοσαλπιγγική ρήξη συμβαίνει ανάμεσα στην 6^η -12^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Στην περίπτωση της ενδοσαλπιγγικής ρήξης είναι δυνατό να συμβούν:

1) Τέλεια σαλπιγγική έκτρωση στην περιτοναϊκή κοιλότητα, όταν το κύημα αποσπασθεί ολόκληρο από το τοίχωμα της σάλπιγγας. Η έκτρωσή του αυτή μοιάζει με την αυτόματη έκτρωση της ενδομήτριας εγκυμοσύνης.

2) Ατελής σαλπιγγικής έκτρωσης, όταν το κύημα παραμείνει μέσα στο σαλπιγγικό αυλό. Τότε, η αιμορραγία στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι μεγαλύτερη από την αιμορραγία, που προκαλεί η τέλεια έκτρωση. Υπάρχει επίσης, αιμορραγία από τον κόλπο από αίμα, που πέρασε το μητριάιο στόμιο της σάλπιγγας.

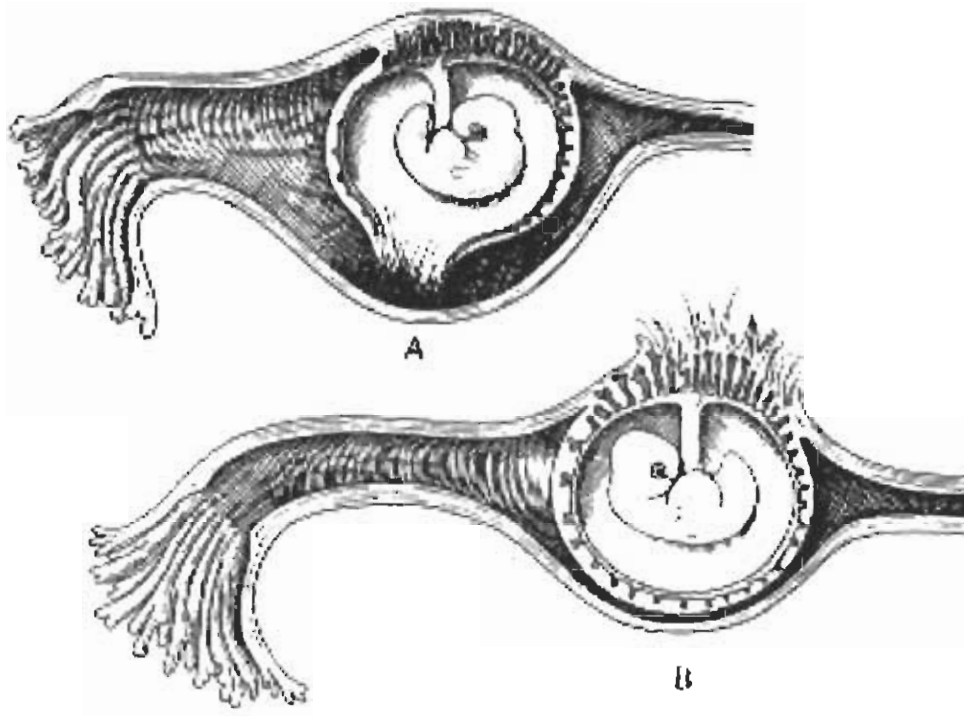
Στην περίπτωση, που η σαλπιγγική έκτρωση είναι ατελής, μπορεί να σχηματισθεί:

α) Σαρκώδης μύλη από διήθηση του ωαρίου με αίμα, όπως συμβαίνει στη σαρκώδη μύλη της ενδομήτριας εγκυμοσύνης. Είναι εξαιρετικά σπάνια.

β) Αιματοσάλπιγκα από κατακράτηση αίματος μέσα στη σάλπιγγα, όταν το περιτοναϊκό στόμιο της σάλπιγγας είναι πολύ στενό.

Τότε, η σάλπιγγα διογκώνεται.

γ) Πυελική αιματοκήλη από συγκέντρωση αίματος, που πέρασε το περιτοναϊκό στόμιο της σάλπιγγας και έφτασε στον οπίσθιο δουλγασειο χώρο, όπως συμβαίνει και στην εξωσαλπιγγική.¹²



Ενδοσαλπιγγική (A) και εξωσαλπιγγική ρήξη (B)

εικο.αποδ

ΕΞΩΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΡΗΞΗ

Αυτή η μορφή ρήξης συμβαίνει συχνότερα, όταν η σαλπιγγική εγκυμοσύνη είναι ισθμική. Εκδηλώνεται ξαφνικά τις πρώτες εβδομάδες

της εγκυμοσύνης ύστερα από συνουσία, κοιλική εξέταση, απότομο κάθισμα σε ψηλό σκαμνί, πέσιμο κλπ.

Η ρήξη της σάλπιγγας προέρχεται, είτε από διάβρωση της από τις λάχνες, είτε, πιο σπάνια, από λέπτυνση των τοιχωμάτων της, που έσπασαν μετά την ρήξη αγγείου, είτε από αύξηση της πίεσης μέσα στη σάλπιγγα από το αίμα που συγκεντρώθηκε, όταν το περιτοναϊκό στόμιό της ήταν κλειστό. Η ρήξη είναι δυνατό ν' αποτελεί μικρή ρωγμή ή πραγματικό σχίσσιμο της σάλπιγγας και να συνοδεύεται από μικρή ροή αίματος στον οπίσθιο δουγλάσειο χώρο ή από μεγάλη αιμορραγία στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Μετά τη ρήξη το κύημα αποβάλλεται ολόκληρο στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Είναι, όμως, δυνατό ν' αποβληθεί μόνο ένα μέρος του. Τότε, η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη και επικίνδυνη για τη ζωή της γυναίκας, αν δεν χειρουργηθεί έγκαιρα.

Αν η αιμορραγία δεν είναι μεγάλη και δεν εκτελεσθεί εγχείρηση, τότε, αν το ωάριο έχει αποκολληθεί ολόκληρο, παθαίνει, τις περισσότερες φορές, υαλοειδή εκφύλιση, νεκρώνεται και απορροφάται, εκτός αν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη. Αλλά και η προχωρημένη σαλπγγική εγκυμοσύνη είναι δυνατό να περάσει απαρατήρητη και το έμβρυο να μουμιοποιηθεί ή να γίνει λιθοπαίδιο.

Αν κάποιο μέρος των λαχνών παραμείνει κολλημένο στη σάλπιγγα, είναι δυνατό να σχηματισθεί δευτεροπαθής σαλπγγο-κοιλιακή ή σαλπγγο-ωοθηκική εγκυμοσύνη, που θα εξελιχθούν.

Αν το ωάριο από την αρχή εμφυτεύθηκε στο μέρος της σάλπιγγας, που βρίσκεται ανάμεσα στα πέταλα του πλατύ συνδέσμου, τότε, μετά τη ρήξη, σχηματίζεται αιμάτωμα ανάμεσα σ' αυτά και το ωάριο νεκρώνεται ή διατηρείται και αναπτύσσεται ενδοσυνδεσμική εγκυμοσύνη. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατό να αναπτυχθεί σαλπγγική μύλη κύηση και χοριοκαρκίνωμα.¹⁰

ΣΥΝΥΠΙΨΑΡΞΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΑΙ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Στην περίπτωση αυτή, που αποτελεί σπανιότητα, οδηγούμαστε εύκολα σε διαφοροδιαγνωστικά λάθη, γιατί με απόξεση της μήτρας σε περίπτωση ενδομήτριας εγκυμοσύνης, παραβλέπουμε την εξωμήτρια ή, στην εκτέλεση εγχείρησης σαλπγγικής εγκυμοσύνης, δεν υποψιαζόμαστε, πως η μεγαλύτερη μήτρα, που τη συνοδεύει, περικλείει δεύτερο κύημα. Η σχολαστική εξέταση των εξαρτημάτων, μετά την εκτέλεση απόξεσης, και η ακριβέστερη εκτίμηση του μεγέθους της μήτρας κατά την επέμβαση σαλπγγικής εγκυμοσύνης, μας βοηθάνε στην αποφυγή σφαλμάτων.⁸

ΕΝΔΟΣΥΝΔΕΣΜΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η ενδοσυνδεσμική εγκυμοσύνη λέγεται και εξωπεριτοναϊκή. Το, έμβρυο, στη σπανιότατη αυτή μορφή έκτοπης εγκυμοσύνης, αναπτύσσεται ανάμεσα από τη μήτρα και το πλάγιο πυελικό τοίχωμα, έχοντας από πάνω τη σάλπιγγα και από κάτω το πυελικό έδαφος, ύστερα από ρήξη της σάλπιγγας σε σημείο, που βρίσκεται, όπου αυτή ενώνεται με το μεσοσαλπίγγιο. Με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης το κύημα ανέρχεται προς τα πάνω και μετά τη ρήξη της που προέρχεται από διάταση, σχηματίζεται αιμάτωμα ανάμεσα στα πέταλα του συνδέσμου. Η ποσότητα του αίματος που προέρχεται από τη ρήξη της ενδοσυνδεσμικής εγκυμοσύνης, δεν είναι όση και της ρήξης στην ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα, αλλά μικρότερη, γιατί η συγκέντρωσή του μέσα στο χώρο του παραμητρίου προκαλεί το σχηματισμό πηγμάτων, που πιέζουν τα αγγεία.

Τα συμπτώματα της ενδοσυνδεσμικής εγκυμοσύνης μοιάζουν με της κοιλιακής. Στην ψηλάφηση η μήτρα βρίσκεται εκτοπισμένη προς τα πλάγια και ο τράχηλος προς τα πάνω. Σπάνια μπορούμε να τη διαγνώσουμε κλινικά πριν από την εγχείρηση. Η υπερηχογραφία θ' ανακαλύψει την ύπαρξη του εμβρύου μέσα στο παραμήτριο.

Κατά την εγχείρηση, αν ο πλακούντας δεν είναι φυτεμένος βαθιά στο πυελικό έδαφος, τον αποκολλάμε και τον εξαιρούμε μαζί με το έμβρυο και τα πήγματα του αίματός. Η εξαίρεση του πλακούντα είναι ευκολότερη, αν το έμβρυο έχει πεθάνει. Αν, όμως, ο πλακούντας είναι βαθιά και η προσπάθεια μας για την εξαίρεση του μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αιμορραγία από τα πυελικά αγγεία ή κάκωση του, όπως στην κοιλιακή εγκυμοσύνη. Κάποτε, απαιτείται ολική υστερεκτομία, για να εξασφαλισθεί καλύτερη αιμόσταση. Στην περίπτωση αυτή παροχετεύουμε κοιλικά το εγχειρητικό πεδίο.⁹

ΕΝΔΟΣΥΝΔΕΣΜΙΚΗ ΡΗΞΗ

Στην ενδοσυνδεσμική ρήξη του τοιχώματος της σάλπιγγας παρουσιάζεται η ίδια περίπου κλινική εικόνα άλλα λιγότερο έντονη. Η μεγάλη μάζα του αίματος και τα αιματοπήγματα αθροίζονται μεταξύ των δυο πετάλων του πλατέος συνδέσμου και σχηματίζουν την ενδοσυνδεσμική αιματοκλήλη. Κατά τη κοιλική εξέταση ψηλαφάτε και μονόπλευρη διόγκωση στη μια πλευρά της πυέλου, η οποία απωθεί τη μήτρα στην αντίθετη πλευρά.

Αν το ενδοσυνδεσμικό αιμάτωμα δεν είναι μεγάλο, το αίμα μπορεί να απορροφηθεί σιγά - σιγά, άλλα μερικές φορές μπορεί και να φλεγμανθεί.

Εάν η διάβρωση του τοιχώματος της σάλπιγγας γίνει χωρίς μεγάλη αιμορραγία, δημιουργείται μια επικοινωνία μεταξύ του κυήματος με την τροφοβλάστη του και τις λάχνες του, και της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις διατηρείται ο αμνιακός σάκος ακέραιος και το εντός αυτού έμβρυο εξακολουθεί να ζει.

Στην ενδοπεριτοναϊκή διάβρωση ένα μέρος από τις λάχνες του κυήματος μπορεί να έλθει σε επαφή με διάφορα ενδοπυελικά όργανα και συνήθως με το πλατύ σύνδεσμο, την ωοθήκη, το έντερο και το μείζον επίπλουν, οπότε και σχηματίζεται με ένα μέρος του πλακούντα ένας νέος παρασιτικός πλακούντας, ενώ ένα άλλο τμήμα του πλακούντα εξακολουθεί να σχηματίζεται μέσα στη σάλπιγγα. Έτσι είναι δυνατή η συνέχιση της εγκυμοσύνης πολλές φορές και μέχρι τέλους. Σε αυτές όμως τις περιπτώσεις ο πλακούντας, εμφυτευμένος στα ενδοπυελικά όργανα, δεν έχει τις ίδιες προϋποθέσεις με την εμφύτευσή του στο ενδομήτριο. Το ίδιο συμβαίνει και με το έμβρυο. Σε σπάνιες περιπτώσεις η διάβρωση του τοιχώματος της σάλπιγγας μπορεί να γίνει μέσα στον πλατύ σύνδεσμο. Εκεί μπορεί να συνεχισθεί η εγκυμοσύνη, αλλά συνήθως συμβαίνει μια δεύτερη ρήξη προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, που συνοδεύεται συχνά από μια έντονη εσωτερική αιμορραγία.¹

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης προσφέρει και τη δυνατότητα επιλογής διαφόρων εγχειρητικών χειρισμών, που περιλαμβάνουν: α) Προσπάθεια εξαίρεσης του κυήματος από τη σάλπιγγα με εξωτερικές μαλάξεις, β) ολική σαλπινγεκτομή, γ) ολική σαλπινγεκτομή με συνεξαίρεση της σύστοιχης ωοθήκης, δ) μερική σαλπινγεκτομή με

στοματοπλασία., ε) σαλπγγοτομή αντίστοιχα με τη θέση εγκατάστασης του κυήματος. Η τομή στη σάλπιγγα γίνεται παράλληλα με τον αυλό της και αποφεύγεται η συρραφή του τραύματος, που οδηγεί συχνά σε απόφραξη του αυλού. Μετά την εξαίρεση του κυήματος διενεργείται επιμελημένη αιμόσταση με πολύ λεπτά απορροφήσιμα ράμματα, στ) σε κάθε περίπτωση που ζητάτε από την άρρωστη να γίνει στειροποίηση, εξαιρείται η προσβλημένη σάλπιγγα και απολινώνεται η άλλη.³

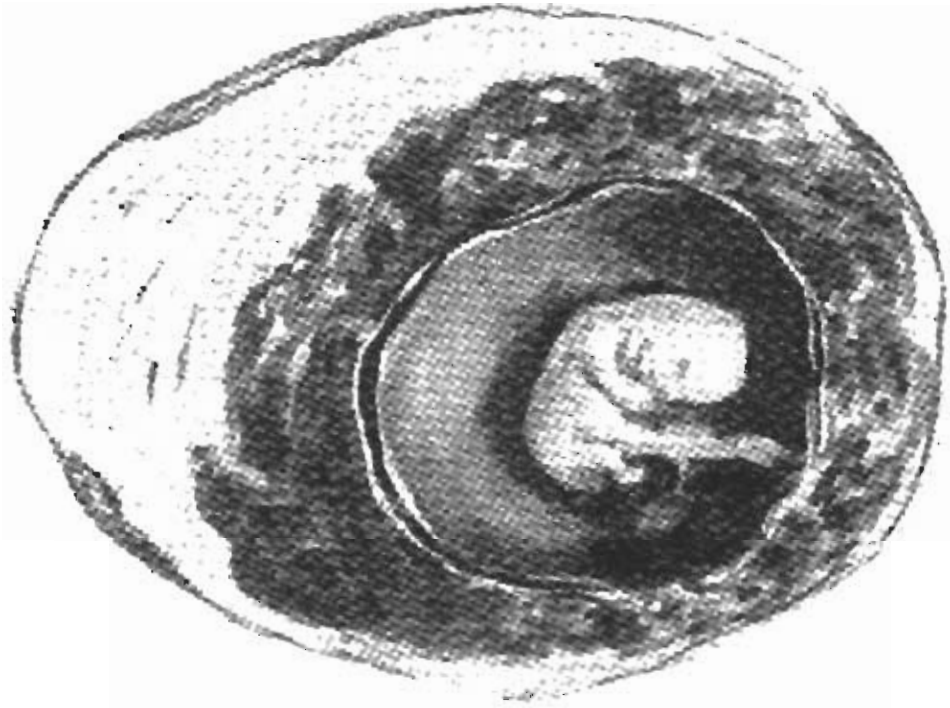
ΩΟΘΗΚΙΚΗ ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ

Είναι εξαιρετικά σπάνια μορφή εξωμήτριου εγκυμοσύνης (0,4%) και είναι γενικός παραδεκτό ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση με την χρησιμοποίηση του ενδομητρίου σπειράματος (I U D). Και η συχνότητά της υπολογίζεται σε 1: 25.000 ως 50.000 ενδομήτριες εγκυμοσύνες. Ανάμεσα σε 100 έκτοπες εγκυμοσύνες λιγότερο από μία αντιστοιχεί σε ωοθηκική εγκυμοσύνη. Διαπιστώθηκε, πως με την ίδια συχνότητα εμφανίζεται σε πρωτεγκύους και σε πολιτόκες, πως είναι περισσότερο συχνή σε γυναίκες, που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές ενδομήτριες συσκευές, και πως, για άγνωστους λόγους, προτιμάει τη δεξιά ωοθήκη.

Για να χαρακτηριστεί μια εξωμήτριος εγκυμοσύνη σαν ωοθηκική πρέπει:

- α) η σάλπιγγα να είναι άθικτη
- β) ο εμβρυϊκός σάκος να καλύπτεται από ωοθηκικό ιστό ή να συνδέεται με την μήτρα δια του ωοθηκικού συνδέσμου και
- γ) ωοθηκικός ιστός να αποδειχθεί ιστολογικός εις το τοίχωμα του σάκου.

Προέρχεται από την γονιμοποίηση του ωαρίου μέσα στην ωοθήκη ή μετά από ωαγωγική έκτρωση και επανεμφύτευση του ωαρίου στην ωοθήκη. Η οριστική διάγνωση θα γίνει με την ιστολογική εξέταση και η θεραπεία είναι χειρουργική. Κατά την χειρουργική επέμβαση πάντοτε



Ωοθηκική εγκυμοσύνη

εικο.απο 8

καταβάλλεται προσπάθεια να διατηρηθεί η ωοθήκη αφού αφαιρεθούν τα εμβρυικά στοιχεία.²

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΟΘΗΚΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η αντιμετώπιση της ωοθηκικής εγκυμοσύνης εξαρτάται από τη μορφή της και από την ηλικία της. Έτσι,

- 1) Αν είναι στην αρχή της, εκτελούμε σφηνοειδή εκτομή της ωοθήκης.
- 2) Αν είναι προχωρημένη, εκτελούμε ωοθηκεκτομία.
- 3) Αν είναι σαλπιγγο – ωοθηκική ή ωοθηκοκοιλιακή, εκτελούμε εξαρτηματεκτομία.
- 4) Αν η εγκυμοσύνη είναι προχωρημένη, την αντιμετωπίζουμε όπως την κοιλιακή, δηλαδή εκτελούμε την επέμβαση μόλις διαγνώσουμε την ύπαρξη εμβρύου. Αν το έμβρυο όμως, είναι πεθαμένο και η κατάσταση της εγκύου το επιτρέπει, μπορούμε να παρακολουθούμε στενά την έγκυο για λίγες ημέρες και μετά να εκτελέσουμε την επέμβαση, γιατί η αιμορραγία τότε είναι μικρότερη, επειδή έπαψε να λειτουργεί ο πλακούντας.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ

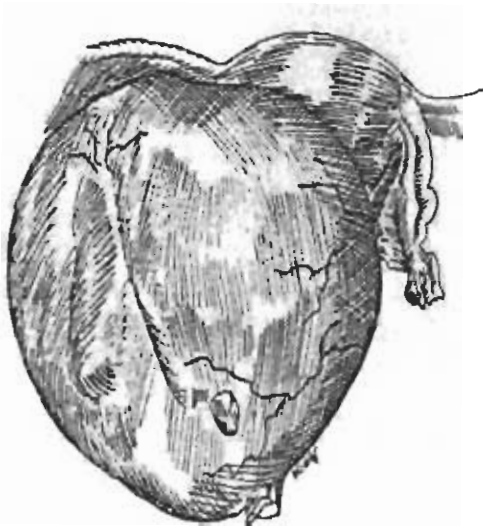
ΜΕΡΟΣ Α

ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ

Η κοιλιακή εγκυμοσύνη είναι πολύ σπάνια (1:15.000) και μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής μετά από την ρήξη της σάλπιγγας ή μετά ωαγωγική έκτρωση και επανεμφύτευση στην περιτοναϊκή κοιλότητα ενώ ο πλακούντας προσφύεται σε διάφορα όργανα όπως έντερο, επίπλουν, μήτρα κλπ.

Η κοιλιακή εγκυμοσύνη ενίοτε μπορεί να εξελιχθεί μέχρι τέρματος, ενώ συχνά το έμβρυο υποκύπτει και εάν η διάγνωση δεν γίνει έγκαιρα είναι δυνατόν να ακολουθήσει:

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να γίνει αποκόλληση του πλακούντα με μεγάλη ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία η οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα²



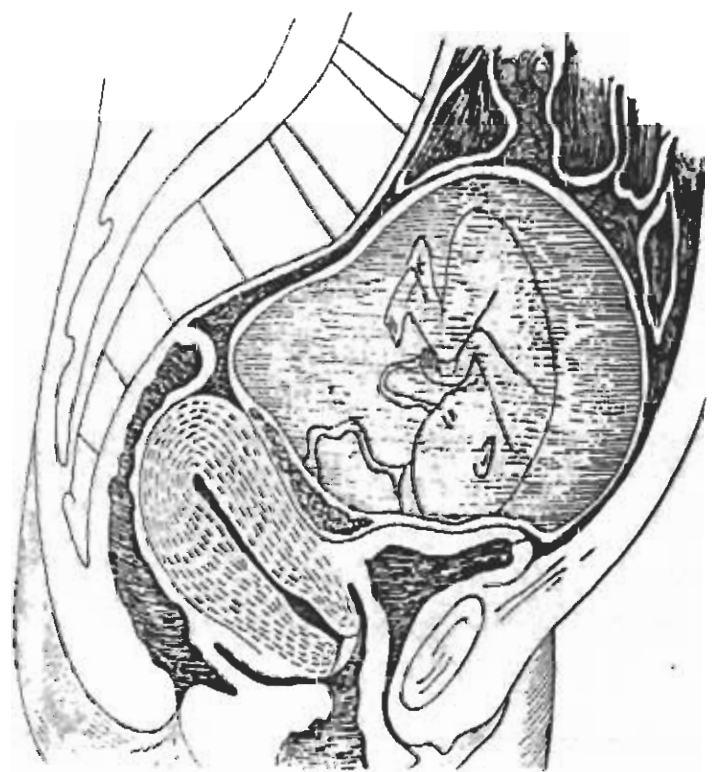
232

ΕΙΚ. 232. Πρώιμο στάδιο κοιλιακής κύησης.

ΕΙΚ. 233. Κοιλιακή κύηση

Τό σώμα τής μήτρας δρίσκεται άπωθημένο πρὸς τά πίσω στό δουγλάσειο ἀπό τόν άμνιακό σάκκο με τό έμβρυο.

Δική μας περίπτωση: Διερωσθη πριν από τήν έγχείρηση καί κινηματογραφήθηκε ή έγχείρηση.



ΕΙΚΟ ΑΠΟ 4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

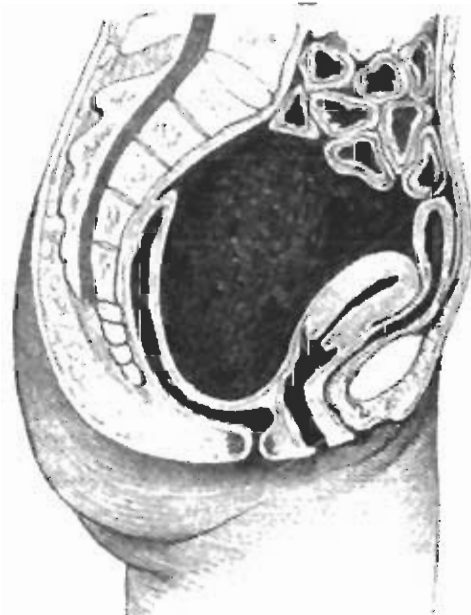
Το ιστορικό της ασθενούς με συμπτώματα ρήξεως ή ωαγωγικής εκτρώσεως σε συνδυασμό με ασυνήθιστα και έντονα συμπτώματα του εκ του γαστρεντερικού συστήματος βάζουν την υποψία κοιλιακής εγκυμοσύνης.

Η ασθενής αναφέρει ότι τα σκιρτήματα του εμβρύου είναι έντονα και επώδυνα. Με τους χειρισμούς του Λεοπόλδου τα μέλη του εμβρύου ψηλαφώνται εύκολα και συνήθως διαπιστώνεται ανώμαλη προβολή και εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου. Οι καρδιακοί παλμοί ακούγονται ευκρινέστερα ενώ είναι έντονο το φύσημα των αγγείων του πλακούντα.

Κατά την γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος ευρίσκεται παρεκτοπισμένος και διατηρεί όλο το μήκος του, ενώ το σώμα της μήτρας ψηλαφάται μεγαλύτερο του φυσιολογικού.²

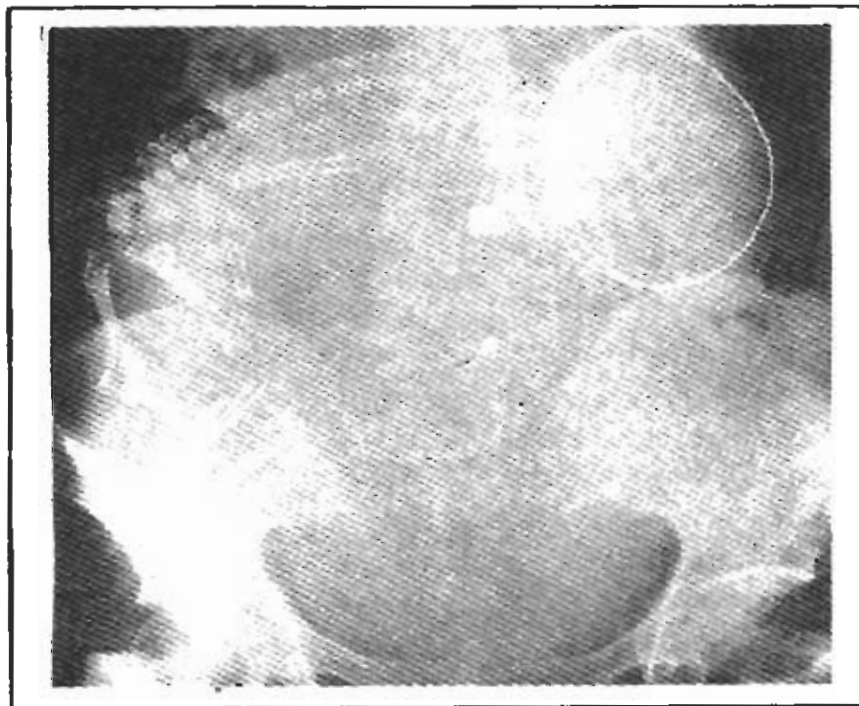


Κοιλιακή εγκυμοσύνη



Αιματοκλήλη

ΠΛΑΓΙΑ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ



**Ακτινογραφία κοιλιάς σε κοιλιακή εγκυμοσύνη
(Kerr)**

ΕΙΚΟ.ΑΠΟ 8

Σημαντική βοήθεια στη διάγνωση η οποία είναι πολύ δύσκολη, προσφέρει η απλή πλάγια ακτινογραφία κοιλιάς στην οποία φαίνεται το έμβρυο οριζοντίως πάνω από την σπονδυλική στήλη της μητέρας.

Μερικοί προτείνουν την πλακουντογραφία, την αμνιογραφία και την υστερογραφία, οι οποίες όμως παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές. Επίσης η δοκιμασία ωκυτοκίνης βοηθά στην διάγνωση καθ' όσον όταν είναι θετική, δηλαδή εάν μετά την χορήγηση της ωκυτοκίνης παρατηρηθούν συστολές της μήτρας, αποκλείεται η κοιλιακή εγκυμοσύνη.²

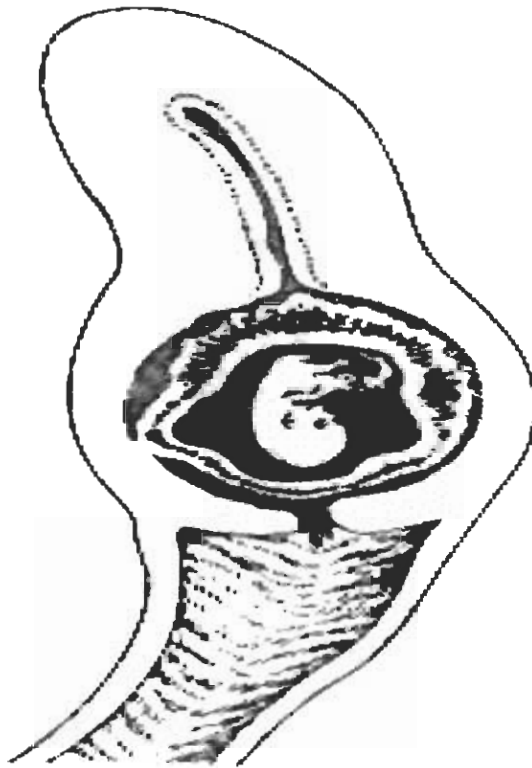
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΚΥΨΕΗΣ

Η θεραπεία είναι πάντοτε χειρουργική ανεξάρτητα από την ηλικία της εγκυμοσύνης διότι ο κίνδυνος της εσωτερικής αιμορραγίας λόγω αποκόλλσεως του πλακούντος είναι μεγάλος.

Η επέμβαση συνίσταται εις την αφαίρεση του εμβρύου, των υμένων και του ομφάλιου λώρου δια απολινώσεως του κοντά στον πλακούντα, ο οποίος παραμένει διότι κατά την αποκόλληση υπάρχει κίνδυνος αιφνίδιας και αθρόας αιμορραγίας η οποία είναι αδύνατων να αντιμετωπισθεί.

Ο πλοκούς θα αφαιρεθεί μόνον όταν προσφύεται σε μη ζωτικά όργανα όπως μήτρα, ωοθήκη, επίπλουν και είμαστε απόλυτα βέβαιοι δια πλήρη αιμόσταση. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συνήθως είναι η εντερική απόφραξη, το απόστημα, το συρίγγιο και η αιμορραγία.²

ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΚΥΗΣΗ



Τραχηλική εγκυμοσύνη

εικο.απο 8

Έχει κατά κανόνα ως αίτιο τις προηγούμενες εκτρώσεις, που έχουν καταστρέψει τη βασική στιβάδα του ενδομητρίου της κοιλότητας της μήτρας και έτσι το κύημα, που δε βρίσκει το κατάλληλο έδαφος για να εγκατασταθεί, κατεβαίνει και εγκαθίσταται στον ενδοτράχηλο. Η διάγνωσή της γίνεται συνήθως κατά την προσπάθεια να γίνει απόξεση της μήτρας, που γίνεται πιο συχνά με τη λαθεμένη διάγνωση αναπόφευκτης έκτρωσης. Πολλές φορές η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση είναι δυνατόν να αποκαλύψει το χαρακτηριστικό σχήμα της μήτρας, που παίρνει μορφή κλεψύδρας (οχτάρας). Αυτό οφείλεται στη

μεγάλη διόγκωση του τραχήλου, που δεν ακολουθείται από το σώμα της μήτρας⁴

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Είναι αρκετά δύσκολη και προβληματίζει, γιατί τις περισσότερες φορές η απόξεση και ο τραχηλικός επιπωματισμός (τοποθέτηση άσηπτης γάζας μέσα στον ενδοτράχηλο) δε σταματούν την αιμορραγία, που οφείλεται στην υπερβολική ανάπτυξη των παράπλευρων τραχηλικών κλάδων της μητριάιας αρτηρίας.

Στις περιπτώσεις, που η αιμορραγία δεν μπορεί να ελεγχθεί από τον κόλπο, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις, που η ενδοτραχηλική κύηση έχει εξελιχθεί πέρα από τον 3ο μήνα, αναγκαζόμαστε, για να διασωθεί η γυναίκα από την αιμορραγία, να κάνουμε **ολική υστερεκτομία**. Δυστυχώς στις περιπτώσεις αυτές, η ολική υστερεκτομία είναι η ενδεδειγμένη θεραπευτική επέμβαση, παρά το γεγονός ότι αποστερεί από μια γυναίκα τη δυνατότητα να τεκνοποιήσει. Στην προσπάθειά μας για να αντικατασταθεί η ολική υστερεκτομία, εφαρμόσαμε εναλλακτικά ως τρόπο αντιμετώπισης της τραχηλικής κύησης, κατά τη διάρκεια της λαπαροτομίας, την τεχνική της **οπίσθιας τραχηλοτομίας**.

Με τη μέθοδο αυτή, στο οπίσθιο τοίχωμα του διογκωμένου τραχήλου γίνεται μια κάθετη τομή και μέσα από αυτήν εξαιρείται το κύημα και ο πλακούντας. Μετά ακολουθεί αιμόσταση με τη χρησιμοποίηση διαθερμίας και επιπωματισμός με απορροφήσιμη γάζα (surgicel). Ακολουθεί συρραφή του τραχήλου και σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Μετά την εγχείρηση τοποθετείται και κολλικός

επιωματισμός. Η εφαρμογή της μεθόδου μας αυτής σε τρεις περιπτώσεις έδωσε πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα.⁵

ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΥΗΣΗ

Πολύ σπάνια, ύστερα από εγκυμοσύνη, είναι δυνατό το γονιμοποιημένο ωάριο να περάσει το οπίσθιο τοίχωμα της περιτοναϊκής κοιλότητας και να εγκατασταθεί στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Επίσης, η μεταφορά του είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μέσω των λεμφαγγείων.⁵

ΣΥΝΘΕΤΗ ΚΑΙ ΣΥΝΣΥΓΓΑΣΜΕΝΗ ΚΥΗΣΗ

Σε συχνότητα 1: 30.000 εγκυμοσύνες, και συχνότερα σε γυναίκες, που παίρνουν φάρμακα για την επιτυχία ωοθυλακιορρηξίας, είναι δυνατό να υπάρχει ενδομήτρια και έκτοπη εγκυμοσύνη. Όταν αυτές αρχίζουν παράλληλα, η εγκυμοσύνη λέγεται *συνδυασμένη ετεροτοπική* όταν επικρατήσει η ενδομήτρια, που συνέβη πριν, λέγεται *σύνθετη*. Έχει παρατηρηθεί εγκυμοσύνη και στις δύο σάλπιγγες.⁸

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΗΣΗ

Τα εκκολπώματα της μήτρας, είτε αποτελούν διαπλαστικές ανωμαλίες της, είτε είναι επίκτητα. Είναι κοιλότητες διαμέτρου 1-2 mm, που επικοινωνούν με τη μητριαία κοιλότητα. Τα εκκολπώματα υπάρχουν στην μήτρα, που δεν κυοφορεί. Σπάνια είναι δυνατό το γονιμοποιημένο

ωάριο να εγκατασταθεί μέσα σ' ένα εκκόλπωμα. Τότε, η πορεία της εγκυμοσύνης θα εξαρτηθεί από την ικανότητα του εκκολπώματος να την παρακολουθήσει. Άλλοτε θα πάθει ρήξη, άλλοτε θα προκαλέσει αυτόματη έκτρωση και άλλοτε θα επιτρέψει τη συνέχιση της εγκυμοσύνης.⁷

ΘΥΛΑΚΙΚΗ ΚΥΗΣΗ

Περισσότερο σπάνια από την εκκολπωματική είναι η θυλακική εγκυμοσύνη, δηλαδή η εγκατάσταση του κυήματος μέσα σε θύλακα της μήτρας, που αποτελεί προσωρινή τοπική διεύρυνσή της, συνεχιζόμενη με την κοιλότητα της μήτρας. Ο θύλακας προέρχεται από διάταση του μυομητρίου σε κάποια περιοχή του, από άγνωστα αίτια. Θύλακες υπάρχουν στις μήτρες, που κυοφορούν. Της περισσότερες φορές η εγκυμοσύνη προχωρεί και τα έμβρυα βγαίνουν βιώσιμα, ύστερα από καισαρική τομή, που την εκτελούμε, γιατί ο τοκετός δεν εξελίσσεται φυσιολογικά.⁷

ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΗ ΚΥΗΣΗ

Είναι δυνατό το ωάριο να εμφυτευθεί σε κατάδυση του ενδομητρίου μέσα στο μυομήτριο, που αποτελεί ξεχωριστή κοιλότητα, δηλαδή δεν επικοινωνεί με την μητριά. Κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης μπορεί να συμβεί ρήξη του τοιχώματος της μήτρας.⁸

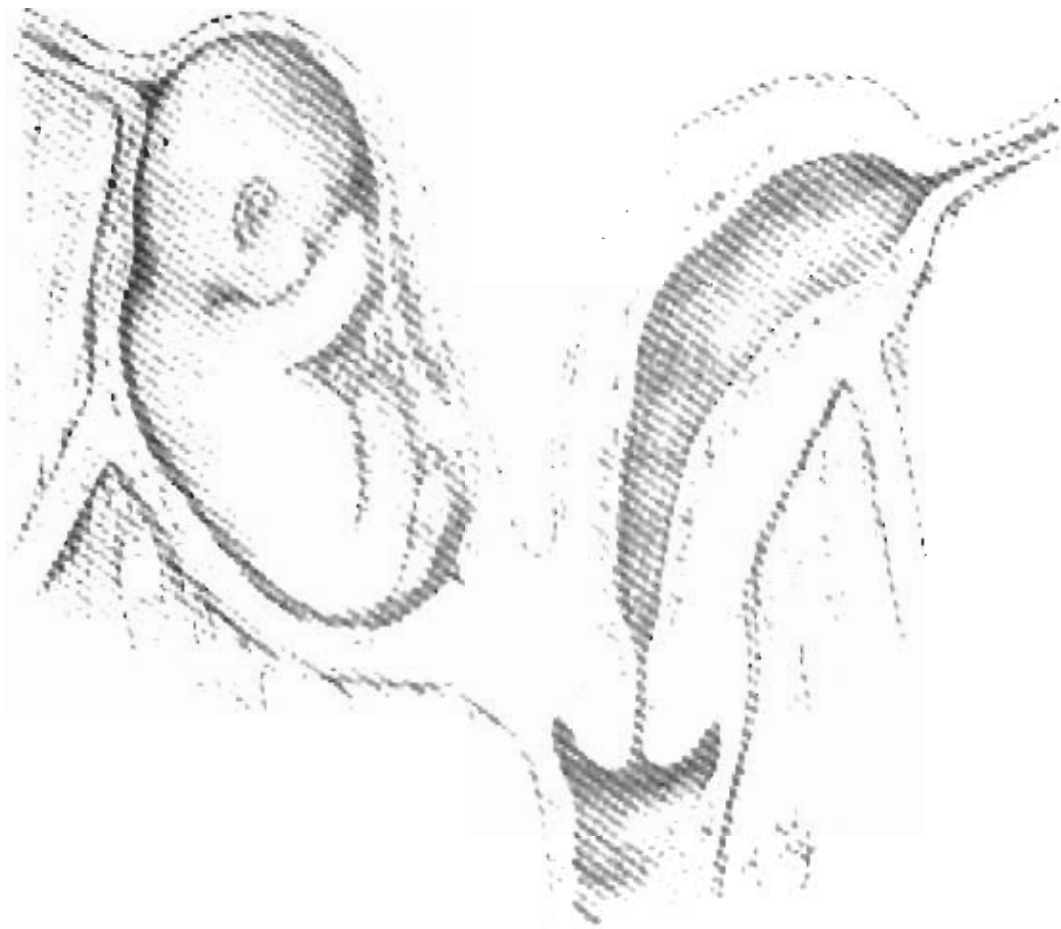
ΙΩΝΙΑΚΗ ΚΥΗΣΗ

Είναι δυνατό το γονιμοποιημένο ωάριο να εμφυτευθεί στη γωνιά, που σχηματίζεται στην εκβολή του μητριάιου στομίου της σάλπιγγας και η εγκυμοσύνη να εξελιχτεί χωρίς να είναι διάμεση. Στην περίπτωση αυτή η εγκυμοσύνη, τις περισσότερες φορές, διακόπτεται αυτόματα στο πρώτο τρίμηνο. Άλλες φορές, φτάνει ως το τέλος της, διαστέλλοντας και την υπόλοιπη κοιλότητα της μήτρας, που την κάνει να φαίνεται φυσιολογική. Ακολουθεί φυσιολογικός τοκετός, αλλά πολλές φορές δυσκολευόμαστε στην αποκόλληση του πλακούντα. Την ίδια δυσκολία αντιμετωπίζουμε κατά την εκτέλεση απόξεσης, όταν συμβεί αυτόματη έκτρωση.⁷

ΚΕΡΑΤΙΚΗ ΚΥΗΣΗ

Η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μορφή της έκτοπης εγκυμοσύνης γίνεται σε κέρασ δίκερης μήτρας ή σε διπλή ή σε διαφραγματοφόρο μήτρα. Στις περιπτώσεις αυτές συχνά συμβαίνουν αυτόματες εκτρώσεις, πρόωμοι και πρόωροι τοκετοί, ανώμαλες θέσεις του εμβρύου, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, δυσλειτουργίες του μυομητρίου κλπ. Είναι δυνατό, όμως, να εξελιχθεί η εγκυμοσύνη ως το τέλος της και να πραγματοποιηθεί φυσιολογικός τοκετός ή να εκτελεσθεί καισαρική τομή.

Στην κερατική μορφή της εγκυμοσύνης μπορούμε να κατατάξουμε και την εγκυμοσύνη, που εξελίσσεται μέσα σε ατελές κέρασ της μήτρας, που κάποτε δεν έχει επικοινωνία με τη μητριάια κοιλότητα ή, αν έχει, το άνοιγμα του είναι πολύ μικρό. Στις περιπτώσεις αυτές συμβαίνει ρήξη του κέρατος στον 4^ο-5^ο μήνα της εγκυμοσύνης, από λεπύτωση του τοιχώματος. Εμφανίζονται συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας, που



Κερατική εγκυμοσύνη

εικο.απο 9

απαιτούν άμεση επέμβαση. Άλλες φορές, είναι δυνατό με καισαρική τομή να προλάβουμε βιώσιμο έμβρυο. Αν το έμβρυο πεθάνει και παραμείνει μέσα στο κέρασ, παθαίνει όλες της μεταβολές, που παθαίνει στην κοιλιακή εγκυμοσύνη.⁷

ΜΕΡΟΣ Β

ΜΕΤΑ ΔΠΟ ΎΣΤΕΡΕΚΤΟΜΙΑ ΚΥΗΣΗ

Η σπανιότατη αυτή μορφή έκτοπης εγκυμοσύνης παρατηρείται ύστερα:”

1) Από υφολική υστερεκτομία, όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στην τραχηλική κοιλότητα και στον αυλό της σάλπιγγας.

2) Από γονιμοποίηση, που πραγματοποιήθηκε πριν από την ολική υστερεκτομία, δηλαδή όταν η σύλληψη συνέβη λίγες ημέρες πριν από την εγχείρηση, όπως π.χ. τη 16^η–19^η ημέρα του κύκλου.

3) Από γονιμοποίηση, που πραγματοποιήθηκε μετά την ολική υστερεκτομία, όταν στο κοιλικό κολόβωμα δημιουργήθηκε συρίγγιο, που επικοινωνούσε με τον αυλό της σάλπιγγας ή με την περιτοναϊκή κοιλότητα.⁶

Η ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΔΠΟ ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ.

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία, ότι η εξωμήτρια κύηση είναι ένα σοβαρό σύμβαμα για την ασθενή, ιδιαίτερα όταν επιθυμεί μετά απ’αυτή να ξαναμείνει έγκυος. Έχει υπολογιστεί, ό,τι περίπου το 30% απ’αυτές τις ασθενείς δεν έχει πιθανότητα να έχει μια νέα εγκυμοσύνη ενώ σε ένα άλλο 30% η καινούργια κύηση καταλήγει σε αυτόματη έκτρωση ή νέα εξωμήτρια. Γι’αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή να μην γίνουν κακώσεις κατά την εγχείρηση, η να δημιουργηθεί φλεγμονώδης αντίδραση στη σάλπιγγα που παραμένει. Η έγκαιρη εγχείριση, η σχολαστική αφαίρεση των πηγμάτων και του ελεύθερου αίματος από την περιτοναϊκή κοιλότητα, η έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας με

διάλυμα Hartman και η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών και κορτικοστεροειδών συμβάλλουν στη διατήρηση της λειτουργικότητας της σάλπιγγας που απομένει. Η πλαστική εγχείρηση στην πάσχουσα σάλπιγγα, με τις καλύτερες προϋποθέσεις, δίνει υψηλό ποσοστό εμφάνισης νέας εξωμήτριας εγκυμοσύνης στη χειρουργημένη σάλπιγγα, που φτάνει το 25%. Εάν η άλλη σάλπιγγα διατηρεί καλή λειτουργικότητα, η αποκατάσταση της πάσχουσας σάλπιγγας με την μικροχειρουργική Έχει περισσότερο ψυχολογική αξία για την άρρωστη, παρά πρακτική. Όταν αποφασιστεί η εξαίρεση της πάσχουσας σάλπιγγας, από μερικούς αφαιρείται και η σύστοιχη ωοθήκη. Θεωρητικά, αυτό μπορεί να βελτιώνει την γονιμότητα, μια και η ωορρηξία γίνεται αποκλειστικά μόνο από την πλευρά που υπάρχει η σάλπιγγα. Πάντως δεν ακολουθούμε μια τέτοια τακτική, εκτός αν υπάρχουν στη σύστοιχη ωοθήκη παθολογικές αλλοιώσεις. Συνήθως, αν πείτε στην άρρωστη, ότι της αφαιρέσατε την ωοθήκη, αυτή δεν θα το δεχτεί ευνοϊκά παρά τις εξηγήσεις που θα τις δώσετε, χωρίς και εσείς ο ίδιος να έχετε πεισθεί, ότι πραγματικά την ωφελήσατε.⁵

Η ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΔΙΩΨΕΙΑ

Στις περιπτώσεις έκτοπης κύησης είναι βέβαιη, αφού σε όλες αυτές τις καταστάσεις η θεραπευτική αγωγή αποβλέπει στην εξαίρεση του κυήματος. Μόνο για την κοιλιακή κύηση αναφέρεται βιωσιμότητα του εμβρύου, που όμως δεν φαίνεται να ξεπερνά το 20%, ενώ έχει διαπιστωθεί αυξημένο ποσοστό συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου.³

Η ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ:

Από έκτοπη κύηση κατά τα τελευταία χρόνια τείνει να εξαφανιστεί, σύμφωνα με μεγάλες στατιστικές από καλά οργανωμένα κέντρα.³

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ένα υγιέστατο κοριτσάκι ήρθε στον κόσμο στο Κέιπ Τάουν της Νότιας Αφρικής που αναπτύχθηκε στο ήπαρ της 20χρονης μητέρας του. Το βρέφος είναι το τέταρτο παγκοσμίως που κατορθώνει να επιβιώσει μετά από τέτοιου είδους εξωμήτριο κύηση. Το ενδεχόμενο ανάπτυξης εμβρύου στο ήπαρ αντί της μήτρας είναι εξαιρετικά σπάνιο. Έχουν καταγραφεί συνολικά 14 περιπτώσεις ανάπτυξης εμβρύου κατ' αυτόν τον τρόπο και μόνο τέσσερα παιδιά συμπεριλαμβανομένου του μωρού από τη Ν. Αφρική έχουν κατορθώσει να επιβιώσουν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση της 20χρονης Νοτιοαφρικανής, οι ιατροί ανακάλυψαν ότι επρόκειτο για εξωμήτριο κύηση μόλις μία εβδομάδα πριν από τον τοκετό. Εισήχθη αμέσως στο νοσοκομείο του Κέιπ Τάουν και μόνο όταν ξεκίνησε η (τρίωρη) επέμβαση διαπιστώθηκε ότι το έμβρυο είχε αναπτυχθεί στο ήπαρ.

Την εξαιρετικά επικίνδυνη εγχείρηση έφεραν επιτυχώς εις πέρας οι ιατροί της γυναικολογικής πτέρυγας του νοσοκομείου Groote Schuur του Κέιπ Τάουν και η διάρκειά της ήταν τρεις ολόκληρες ώρες. Το βρέφος χρειάστηκε αρχικά να υποστηριχθεί με οξυγόνο, αλλά παρόλα αυτά δύο ημέρες μετά τη γέννησή του μπορούσε να αναπνεύσει κανονικά.

Ο καθηγητής ηπατολογίας, Τζακ Κριτζ, ο οποίος συμμετείχε στην επέμβαση δήλωσε σε νοτιοαφρικανική εφημερίδα: «Πρόκειται πραγματικά για ένα παιδί θαύμα».

Το ενδεχόμενο ανάπτυξης εμβρύου στο ήπαρ αντί της μήτρας είναι εξαιρετικά σπάνιο. Έχουν καταγραφεί συνολικά 14 περιπτώσεις ανάπτυξης εμβρύου κατ' αυτόν τον τρόπο και μόνο τα τέσσερα παιδιά

συμπεριλαμβανομένου του μωρού από τη Ν. Αφρική έχουν κατορθώσει να επιβιώσουν από εξωμήτρια κύηση.⁶

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βασιλείου Χρ. Κουτηφάρη. Άτλας Γυναικολογίας, Αθήνα 1982
2. Π. Α. Ζούρλας .Επ . Καθηγητής, και Διευθυντής Πανεπιστημίου Αθηνών. Μαθήματα Μαιευτικής Γυναικολογίας. ΑΘΗΝΑΙ 1986
3. Σ.Ε. Καρπάθιος. Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία. ΑΘΗΝΑΙ 1984
4. Βασιλείου Χρ . Κουτηφάρη . Άτλας Μαιευτικής, ΑΘΗΝΑΙ 1980
5. Σέργιος Ι. Μανταλενάκης. Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας. ΑΘΗΝΑΙ 1985
6. w.w.w. focusmag.gr. (29/05/2003)
7. Pamela J. Shapiro. Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική. Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝ' 2001.
8. Νίκου Α. Παπανικολάου. Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Αριστ. Πανεπ. Θεσσαλονίκης. Μαιευτική 3^η Έκδοση Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1994.
9. Brenner pf, roy s, mishel dr jr : ectopic pregnancy :A study of 300 surgically treated cases. JAMA.1980.
- 10.Kallenberger da, ronk da, jimerson gj :ectopic pregnancy :A15 year review of 160 cases. 1978.
- 11.Kitchin jd iii, wein rm, nunley wejr triagarajahs s, thornton wn jr: ectopic pregnancy cyrrrent clinical trends. 1979.
- 12.Lucas c, hassim am:piace of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy. Br med.1970

